

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio

Intervenção de Enfermagem na Gestão da Dor
Crónica da Pessoa com Doença Oncológica

Sofia da Silva Ribeiro

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio

Intervenção de Enfermagem na Gestão da Dor
Crónica da Pessoa com Doença Oncológica


Sofia da Silva Ribeiro

Orientador: Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Expresso a minha profunda gratidão a todos aqueles que me apoiaram e incentivaram ao longo deste percurso e que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que se tornasse possível a concretização deste objetivo.

Um bem-haja a todos!

RESUMO

A dor é um dos sintomas mais temidos pelas pessoas com doença oncológica. Geralmente crónica, porque persiste durante três ou mais meses para além da lesão que a originou, tem uma função destrutiva e adversa. É um sintoma multidimensional com componentes físicos, sociais, emocionais e espirituais, pelo que não deve ser considerada um mero sintoma, mas sim uma doença em si mesma. Dado o fenómeno da dor crónica comprometer o conforto este projeto apoiou-se na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Apesar da diversidade de intervenções descritas na literatura, a gestão da dor crónica continua inadequada devido a várias barreiras. Disto mesmo se deu conta numa auditoria feita por corte transversal às notas de enfermagem de 24h de 31 processos, pelo que foi pensado um projeto com intervenção que respondesse à questão “Quais as intervenções do enfermeiro na gestão da dor crónica da pessoa com doença oncológica?”. Este tem como finalidade promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados na gestão da dor crónica à pessoa com doença oncológica e, a aquisição de competências, comuns ao enfermeiro especialista, do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, do enfermeiro especialista em oncologia e associadas à obtenção do grau de mestre. Na execução do projeto adotou-se a metodologia de protocolo de revisão *scoping* na pesquisa bibliográfica, foi construído um instrumento para auditoria aos registos da dor nas notas de enfermagem e respetivos indicadores, um guia de colheita de dados para avaliar e intervir junto da pessoa com dor crónica com várias escalas anexadas para avaliar a dor e o desconforto e uma proposta de fluxograma para a gestão da dor crónica. A formação dos enfermeiros no serviço teve uma parte teórica, com duas sessões de formação, e prática, com disponibilização dos instrumentos desenvolvidos e contínuos atos de supervisão sobre os cuidados prestados pela equipa a pessoas com dor oncológica ou não. A auditoria feita no final do processo revelou aumento da capacidade da equipa intervir na pessoa com dor, verificando-se uma melhoria dos indicadores, nomeadamente, da taxa de conformidade na seleção adequada da escala de 29% para 90% e da taxa de registo da avaliação das intervenções desenvolvidas de 0% para 90%.

Palavras-chave: enferm*, intervenção, gestão, dor crónica, pessoa com doença oncológica.

ABSTRACT

Pain is one of the most feared symptoms by cancer patients. Usually chronic, as it remains for three or more months after the originating lesion, it has a destructive and adverse function. It is a multidimensional symptom with physical, social, emotional and spiritual components; therefore, it must not be deemed as a mere symptom, but as a disease in its own. As the chronic pain phenomenon compromises the comfort, this project was based on the Comfort Theory by Katherine Kolcaba. Despite the diversity of interventions described in the literature, the chronic pain's management is still inadequate due to several barriers. This has been observed in a cross-section audit to the 24h nursing notes of 31 processes, from which derived an interventional project that would answer the question "What are the nurse's interventions on the management of the cancer patient's chronic pain?". It aims to promote the improvement of the nursing care provided to the management of the cancer patient's chronic pain and the acquisition of skills, common to the specialized nurse, to the nurse specialized in medical-surgical nursing, to the nurse specialized in oncology and associated to the acquisition of the master's degree. During the execution of this project, the protocol methodology of scoping review was adopted for the bibliographic research, an instrument for the audit to the pain registries in the nursing notes and correspondent indicators was created, as well as a guide for the collection of data to assess and intervene before the patient with chronic pain on several annexed scales to assess the pain and discomfort and a flowchart proposal for the chronic pain's management. The training of nurses in the service comprised a theoretical stage, with two training sessions, and a practical stage, with the provision of the instruments developed and continuous supervisory actions on the care provided by the team to individuals with or without oncological pain. The audit carried out at the end of the process showed an increase of the team's skill to intervene in the individual in pain, observing an improvement of the indicators, namely, of the conformity rate on the adequate selection of the scale from 29% to 90% and the registry of the developed interventions assessment rate from 0% to 90%.

Keywords: nurs*; intervention; management; chronic pain; cancer patient.

LISTA DE SIGLAS E DE ABREVIATURAS

AINES	- Anti-inflamatórios Não Esteróides
APED	- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
CCO	- <i>Cancer Care Ontario</i>
CNPI	- <i>Checklist of Nonverbal Pain Indicators</i>
DGS	- Direção Geral da Saúde
EAN	- Escala de Avaliação Numérica
enf. ^a	- Enfermeira
EONS	- <i>European Oncology Nursing Society</i>
IASP	- <i>International Association for the Study of Pain</i>
NCCN	- <i>National Comprehensive Cancer Network</i>
PAINAD	- <i>Pain Assessment in Patients in Advanced Dementia</i>
OE	- Ordem dos Enfermeiros
OMS	- Organização Mundial de Saúde
UCP	- Unidade de Cuidados Paliativos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. Da Definição e Classificação da Dor Crónica Oncológica	21
1.2. A Intervenção de Enfermagem na Gestão da Dor Crónica Oncológica.	23
2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	33
2.1. Numa Unidade Multidisciplinar de Dor	33
2.2. Numa Unidade de Cuidados Paliativos.....	47
2.3. Num serviço de Internamento de Medicina Interna	54
3. AVALIAÇÃO	67
4. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

ANEXOS

Anexo 1 - *Checklist of Nonverbal Pain Indicators*

Anexo 2 - *Comfort Behaviors Checklist*

Anexo 3 – Tabela de doses equianalgésicas

APÊNDICES

- Apêndice 1 – Metodologia do processo de auditoria
- Apêndice 2 – Instrumento de auditoria aos registos de enfermagem da dor
- Apêndice 3 – Descrição e fórmulas de cálculo dos indicadores da auditoria
- Apêndice 4 – Apresentação e tratamento dos resultados da auditoria de diagnóstico de situação
- Apêndice 5 – Fluxograma de seleção dos artigos
- Apêndice 6 – *Comfort Behaviors Checklist* - Proposta de tradução para a língua portuguesa
- Apêndice 7 – Instrumento para a entrevista de enfermagem à pessoa com dor crónica
- Apêndice 8 – Apresentação e tratamento dos dados recolhidos em consulta de enfermagem
- Apêndice 9 – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs sobre “A importância da comunicação na gestão da dor crónica”
- Apêndice 10 – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs sobre “A promoção do conforto no decorrer da consulta de enfermagem”
- Apêndice 11 – Apresentação dos dados relativos aos episódios de dor

- Apêndice 12 – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs sobre “A multidimensionalidade da dor”**
- Apêndice 13 – Fluxograma de gestão da dor crónica**
- Apêndice 14 – Plano de sessão da formação**
- Apêndice 15 – Slides da sessão de formação**
- Apêndice 16 – Apresentação do código visual da dor**
- Apêndice 17 – Apresentação e tratamento dos resultados da auditoria após a implementação do projeto de intervenção**

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Resultados dos indicadores nos dois momentos de auditoria	65
--	-----------

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio emerge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área Específica de Intervenção de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, intitulado “Intervenção de Enfermagem na Gestão da Dor Crónica da Pessoa com Doença Oncológica”. Tem como objetivo relatar e refletir sobre o trajeto realizado ao longo de três estágios, abordando os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas com a finalidade de promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados na gestão da dor crónica à pessoa com doença oncológica e de adquirir competências, nomeadamente, comuns ao enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010) do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018), do enfermeiro especialista em oncologia (*European Oncology Nursing Society* (EONS), 2018), e associadas à obtenção do grau de mestre (Decreto-Lei nº 74/2006).

Por se tratar da gestão da dor que atinge pessoas com doença crónica este trabalho apoia-se na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Esta define o conforto como uma experiência holística de fortalecimento que resulta da satisfação de três necessidades, o alívio, a tranquilidade e a transcendência, nos contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2003). A teórica defende que a prática de enfermagem pressupõe a avaliação intencional destas necessidades da pessoa, assim como, o desenvolvimento de intervenções promotoras de conforto, onde se incluem as intervenções desenvolvidas para gerir a dor (Kolcaba, 2003).

O progressivo aumento mundial da incidência do cancro, implica que cada vez mais pessoas sofram com dor associada ao mesmo (Haumann, Joosten e Everdingen, 2017). A dor crónica é um sintoma comum desta doença, sendo reportada por mais de 70% das pessoas com doença oncológica, estimando-se que esteja inadequadamente controlada em 50% dos casos (Neufeld, Elnahal e Alvarez, 2017). A experiência da dor crónica não se resume a uma sensação adversa à qual se atribui uma determinada intensidade (Ojala et al., 2015), é um sintoma multidimensional que inclui componentes físicas, emocionais, psicossociais e espirituais. Devido ao desconforto e às limitações que causa, afeta transversalmente, e de forma disruptiva, a vida das pessoas e dos seus familiares

(Alnajar, Darawad, Alshahwan e Samarkandi, 2017; Cipta, Pietras, Weiss e Strouse, 2015; Kown, 2014; Sullivan e Ballantyne, 2016). É frequentemente relatada pelas pessoas com doença oncológica como o sintoma mais temido e causador de maior angústia (Fink e Brant, 2018; Keenan e Keithley, 2015), daí a Direção Geral da Saúde (DGS, 2003) a ter considerado o 5º Sinal Vital, cuja presença e valorização deve ser avaliada e registada à semelhança dos restantes sinais vitais.

Desde a Declaração de Montreal que o acesso ao tratamento da dor é considerado um direito humano fundamental, significando que a pessoa tem direito a ver a sua dor reconhecida, a aceder ao tratamento da mesma sem discriminação e a ser informada sobre a forma como a mesma pode ser avaliada e tratada, por parte de profissionais adequadamente treinados (*International Association for the Study of Pain* (IASP), 2010). Também a Ordem dos Enfermeiros considera que “a negação ou a desvalorização da dor do outro é um erro ético (...), bem como uma falha na excelência do exercício profissional” (OE, 2008, p.7). Apesar destas declarações e da evolução técnica e científica sobre a gestão da dor crónica, também em pessoas com doença oncológica, esta continua a ser um grande desafio (Haumann et al., 2017; Know, 2014; Pina, 2017a).

Mesmo com a crescente atenção dada à gestão da dor, a sua prevalência em pessoas com doença oncológica não apresentou uma mudança significativa na última década, quando em comparação com as quatro décadas anteriores (Haumann et al., 2017). A dor crónica oncológica prevalece em 39,3% das pessoas após o tratamento curativo, em 55,0% durante o tratamento antineoplásico e em 66,4% das pessoas com doença avançada, metastática ou terminal, ressaltando estes números que a dor continua a ser prevalente nas pessoas com cancro, sendo imperativo desenvolver intervenções para a sua otimização (Everdingen, Hochstenbach, Joosten, Tjan-Heijnen e Janssen, 2016).

Embora hajam hoje inúmeras intervenções disponíveis para gerir a dor oncológica as pessoas continuam a padecer dela devido às intervenções baseadas na evidência não serem rotineiramente introduzidas na prática, levando à diminuição da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Brant, Eaton e Irwin, 2017; Etkind et al., 2014; Kotronoulas et al., 2014). Dado a gestão da dor nas pessoas com doença oncológica continuar a ser inadequada (Fink e Brant, 2018),

traduzir o conhecimento científico para uma prática de cuidados sistematizada deve ser considerada uma área de intervenção *major* (Schreiber, 2014).

A “gestão da dor” é o processo pelo qual se reduz ou controla a dor, que inclui, a avaliação, o tratamento, a educação para a saúde e o suporte emocional (Jackson, 2011; Tong e Ye, 2010). É um processo complexo devido aos inúmeros fatores que para ele contribuem (Schreiber, 2014) e ao qual estão associadas múltiplas barreiras que se relacionam, com as pessoas com a doença, com os profissionais de saúde e com os sistemas de saúde (Brant, 2014, Haumann et al., 2017; Know, 2014; Lockett et al., 2013; Pina, 2017a; Sadeghy et al., 2016; Schreiber, 2014). Para superar estes obstáculos são necessárias mudanças de comportamento, pelo que vários autores defendem que para que tal ocorra é necessária formação e educação dos enfermeiros, assim como da pessoa com dor crónica (Al Qadire, 2012; Bartoszczyk e Gilbertson-White, 2015; Fishman et al., 2013; Sadeghy et al., 2016; Valeberg, Miaskowski, Paul e Rustøen, 2016).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo permanecem junto da pessoa com doença oncológica, inerente às características da sua própria intervenção e dos seus deveres éticos e legais, têm um papel fundamental em todos os aspetos da gestão deste sintoma, sendo uma adequada gestão do mesmo um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Brant, 2014; OE, 2008; Tavernier, 2014).

A temática aqui retratada surge de uma necessidade pessoal sentida no meu contexto profissional, um serviço de internamento de medicina interna. Neste, os enfermeiros têm um papel preponderante na otimização deste sintoma, mas existe a perceção de que a gestão da dor na pessoa com doença oncológica carece de melhoria e suscita dúvidas de atuação entre a equipa de enfermagem.

Neste sentido, foi realizada uma auditoria à totalidade dos registos de enfermagem da dor, com a autorização da sr.^a enf.^a chefe do serviço, feita por corte transversal, nas 24h anteriores, a 31 processos, perfazendo um total de 93 registos de enfermagem auditados, dos quais 51 registos (54,8%) pertenciam a pessoas com doença oncológica, podendo a metodologia ser consultada com maior detalhe em apêndice (Apêndice 1). Para a realização desta auditoria foi utilizado um instrumento criado para o efeito denominado de Instrumento de Auditoria aos Registos de Enfermagem da Dor (Apêndice 2), assim como os respetivos indicadores de resultado, podendo encontrar-se a sua descrição e

fórmulas de cálculo em apêndice (Apêndice 3). A apresentação e tratamento dos resultados da auditoria de diagnóstico de situação (Apêndice 4) revelam que existe a preocupação de avaliar e registar a intensidade da dor em todos os turnos, mas esta avaliação nem sempre é feita através do instrumento adequado. Os resultados mostram que existe evidência do registo do instrumento utilizado para avaliar a dor da pessoa na totalidade dos registos de enfermagem, mas apenas em 29% dos casos foi utilizada a escala adequada. Na avaliação da dor em pessoas não comunicantes verbalmente ou sem capacidade cognitiva para uma autoavaliação credível, deve recorrer-se à utilização da escala comportamental de heteroavaliação disponível no sistema informático, a escala *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* (CNPI). Ao analisar os dados percebe-se alguma relutância na utilização da mesma, existindo um predomínio da autoavaliação da dor através da utilização da Escala de Avaliação Numérica (EAN), mesmo em pessoas sem capacidade de realização da mesma. Verifica-se que o registo da intensidade da dor ocorre em todos os turnos, mas apenas se encontram registados dois episódios de dor. Assim, a presença de dor ocorre apenas em 2,2% da totalidade dos registos, valores muito dispares dos descritos na literatura (Neufeld et al., 2017), o que pode levar a concluir que os resultados não espelham a realidade da dor vivenciada pelas pessoas internadas no serviço. Ocorrendo que, tal como defende Brant (2014), a dor não pode ser gerida se não for identificada. As características da dor só se encontram registadas de forma parcial e as escassas intervenções descritas referem-se apenas a intervenções farmacológicas, não existindo em nenhuma delas avaliação da sua eficácia. Conclui-se haver necessidade de formação da equipa acerca da importância de uma adequada avaliação da dor, das opções de tratamento disponíveis, quer a nível farmacológico, quer não farmacológico, assim como da realização de registos de enfermagem sistematizados e fiáveis de forma a dar continuidade e promover a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com dor crónica.

No sentido de mapear o conhecimento científico existente, de forma a estruturar a prática dos enfermeiros da equipa, foi iniciada uma revisão com metodologia adaptada do protocolo das revisões *scoping* subordinada à questão **“Quais as intervenções do enfermeiro na gestão da dor da pessoa com doença oncológica?”**. Como população foi definida a pessoa com doença oncológica, como conceito a intervenção do enfermeiro na gestão da dor crónica

e como contexto, todos os contextos. Esta revisão considerou todos os artigos que abordem intervenções de enfermagem utilizadas na gestão da dor crónica da pessoa adulta com doença oncológica, num limite temporal de 5 anos (2013-2018), em português, inglês, espanhol e francês e em que fosse possível aceder ao texto integral. A estratégia de pesquisa decorreu em três etapas. Na primeira foi realizada uma pesquisa utilizando as palavras-chave *nursing*, *interventions*, *management*, *chronic pain* e *cancer patient*. No seguimento da leitura dos títulos e dos resumos, foi adicionado o termo *assessment* em paralelo com o termo *management* e o termo *pain* em parceria com o termo *chronic pain* e foi substituído o termo *nursing* por *nurs**. As palavras-chave foram submetidas aos dicionários de indexação, MeSH 2017 para a base de dados MEDLINE *with Full Text* e CINAHL *Headings* para a base de dados CINAHL *Plus with Full Text*. Na segunda etapa de pesquisa foram submetidas todas as palavras-chave e respetivos termos de indexação em cada uma das bases de dados, realizadas pesquisas *booleanas*, e selecionados artigos com texto integral disponível. Foi ainda realizada uma pesquisa na *The Joanna Briggs Institute* com a palavra-chave “*cancer pain*”. No total foram encontrados 26 registos, procedeu-se à exclusão dos documentos duplicados, passando-se posteriormente à apreciação dos artigos através da leitura do título e do resumo, tendo resultado num total de 8 artigos. O fluxograma de seleção dos artigos pode ser observado em apêndice (Apêndice 5). Na terceira etapa foram pesquisados artigos referenciados nos artigos encontrados, *websites* institucionais de referência, repositórios digitais e bibliografia de referência.

O presente relatório encontra-se dividido em cinco capítulos, a presente introdução onde se descreve o tema do projeto e a sua fundamentação, é seguida do enquadramento teórico onde, depois de se apresentar a definição e classificação da dor crónica, se descreve a intervenção de enfermagem na gestão da dor crónica oncológica. O capítulo dedicado à execução das atividades previstas relata o trajeto percorrido ao longo dos três estágios, mencionando a descrição e análise das atividades desenvolvidas atendendo à concretização dos objetivos propostos e à aquisição de competências. No penúltimo capítulo é realizada a avaliação do trabalho desenvolvido com menção dos pontos fortes e fracos do projeto e, por fim, as conclusões e trabalho futuro onde se efetua uma síntese do trabalho desenvolvido e dos seus resultados, assim como, das implicações futuras que este pode ter no serviço e na instituição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Da Definição e Classificação da Dor Crónica Oncológica

A definição de dor mais amplamente aceite provém da IASP (2011) que a define como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão. Alguns autores (Williams e Craig, 2016) têm vindo a criticar esta definição por reconhecer apenas características sensoriais e emocionais excluindo características do foro cognitivo e social, considerar a dor apenas desagradável é limitante, e centrar a definição na descrição exclui da mesma quem não consegue narrar essa experiência. Propõem uma definição de dor como uma experiência angustiante associada a lesão real ou potencial dos tecidos, com componentes sensoriais, emocionais, cognitivas e sociais (Williams e Craig, 2016).

Em qualquer uma das definições existe a perceção de que a dor é uma experiência pessoal, multidimensional e subjetiva. Está evidenciada a necessidade dos enfermeiros conduzirem uma avaliação deste sintoma de forma abrangente, que englobe todos os aspetos da experiência que é vivenciar a dor (Fink e Brant, 2018). Este sintoma deve ser encarado sob a perspetiva de um modelo biopsicossocial como um evento complexo e individual, não tendo de existir uma correspondência direta entre a dor e a sua causa, pois uma lesão similar pode causar uma dor distinta em diferentes pessoas, ou até na mesma pessoa se esta se encontrar em diferentes contextos (APED, 2018). A dor é algo que devemos tratar, não importa se é expressa de forma teatral ou estóica em comparação com o nosso referencial, pelo que, se a pessoa nos diz que tem dor, devemos considerar essa dor (Piano, 2017).

A utilização de uma nomenclatura consistente é essencial para a avaliação e tratamento da dor, pois a forma como a dor é classificada e descrita fornece informação acerca das suas causas, auxiliando no planeamento adequado da sua gestão (Fink e Brant, 2018).

A dor pode ser classificada, tendo em conta a sua duração temporal, como aguda ou crónica (APED, 2018). A dor aguda é limitada no tempo, funcionando como um mecanismo sinalizador de lesão ou de disfuncionalidade orgânica, ultrapassada essa finalidade não tem qualquer vantagem pelo que deve ser

controlada no sentido de evitar desconforto desnecessário e diminuir o risco de complicações e de perpetuação (APED, 2018; DGS, 2013). A dor crónica tem uma função destrutiva e adversa, causando desconforto e tendo repercussões na saúde física e mental da pessoa, definindo-se por persistir durante três ou mais meses para além da lesão que a originou e podendo mesmo não ter uma lesão associada (APED, 2018). Não deve ser considerada um mero sintoma, mas sim uma doença em si mesma (DGS, 2013; Costa, 2017). A dor crónica não oncológica resulta de uma patologia não neoplásica, contrariamente, a dor crónica oncológica, também denominada de dor crónica maligna, encontra-se associada ao cancro (Diniz e Naves, 2017) podendo ser provocada pela doença ou pelo próprio tratamento (Fink e Brant, 2018). Quando ocorre um aumento momentâneo da intensidade da dor, de forma episódica, numa pessoa com dor crónica basal controlada, isto é, com o nível de dor que a própria pessoa considera tolerável, estamos perante uma dor irruptiva, que pode estar associada a um fator incidental ou irromper de forma não expectável (*Cancer Care Ontario* (CCO), 2012; Mercadante, 2011; Pina, 2017b).

A dor crónica pode tornar-se o elemento principal da vida da pessoa, sendo a dor total definida como “a expressão mais intensa da persistência da dor numa pessoa” (Diniz e Naves, 2017, p.90) envolvendo a interação entre os componentes físicos, psicológicos, espirituais e sociais, fatores estes que constroem a experiência individual de dor de cada pessoa e interferem diretamente na sua qualidade de vida (Brant, 2014).

De forma a melhor compreender a dor importa atender à sua fisiologia. O processo da nociceção compreende 4 etapas, transdução, transmissão, modulação e perceção (Costa, 2017). A transdução é a forma como os nociceptores, terminações de fibras nervosas, identificam um estímulo nociceptivo, podendo este ser mecânico, químico ou térmico, que desencadeia uma sequência de eventos elétricos e químicos (Brant, 2014; Costa 2017). A transmissão é o processo através do qual se dá a difusão dos impulsos pela espinal medula até ao tronco cerebral e tálamo, a modulação ocorre quando a transmissão nociceptiva é modificada através de diversas influências neuronais e por fim, a perceção que é descrita como o processo onde ocorre a interação com a componente afetiva e individual de cada pessoa levando à criação de uma experiência emocional e subjetiva da dor (Brant, 2014; Costa 2017). A dor

nociceptiva pode ser de origem somática, se a dor for proveniente dos músculos, ligamentos, ossos, pele e articulações, caracterizando-se por ser de fácil localização, ou de origem visceral se a dor for proveniente de órgãos mais profundos, caracterizando-se por ser uma dor mais difusa e de difícil localização (Brant, 2014; Costa, 2017; Müller-Schwefe et al., 2014; National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2018).

Por seu lado, a dor neuropática é definida como a dor causada por dano ou disfunção primária do sistema nervoso central ou nervos periféricos, descrita frequentemente como sensação de queimadura, choque elétrico, formigueliro, picada ou dormência, caracterizando-se por se fazer acompanhar por alterações da sensibilidade (Fink e Brant, 2018; Müller-Schwefe et al., 2014; NCCN, 2018).

Embora na doença oncológica a dor crónica mais frequente seja nociceptiva de origem somática, pode ocorrer a presença de dor neuropática concomitantemente com a dor nociceptiva, nestes casos estamos na presença de uma dor mista (Diniz e Naves, 2017). A complexidade da fisiologia da dor oncológica pode verificar-se, a título de exemplo, no caso da doença oncológica pélvica ou pancreática onde é frequente ocorrer simultaneamente dor nociceptiva somática e visceral e dor neuropática (Diniz e Naves, 2017).

1.2. A Intervenção de Enfermagem na Gestão da Dor Crónica Oncológica

A gestão da dor crónica da pessoa com doença oncológica deve ter por base as linhas orientadoras definidas na literatura, mas a integração da evidência na prática de cuidados não é uma tarefa fácil (Brant et al., 2017). Apesar da diversidade de soluções disponíveis, a dor crónica continua subtratada dadas as vastas barreiras relacionadas com os profissionais de saúde, com as pessoas com doença e com os sistemas de saúde, que se impõem à sua adequada gestão (Brant, 2014; Kwon, 2014).

Relativamente aos enfermeiros, e outros profissionais de saúde, as barreiras mais comuns prendem-se com conhecimentos deficitários acerca dos mecanismos da dor e das intervenções farmacológicas e não farmacológicas disponíveis, da dificuldade na perceção individual da experiência de dor do outro, do distanciamento entre as prioridades individuais da pessoa e as do prestador de

cuidados de saúde e ainda, da desvalorização de aspetos como, a avaliação sistematizada através da utilização de instrumentos adequados, a importância dos registos, a importância da articulação entre a equipa multidisciplinar, a importância da comunicação, a importância da educação para a saúde, a importância dos relatos realizados pelas pessoas (Al Khalaileh e Al Qadire, 2012; Fink e Brant, 2018; Kwon, 2014; Sadeghy et al., 2016; Schreiber, 2014; Uysal, 2018). Quanto ao deficitário conhecimento acerca do tratamento farmacológico, salienta-se o receio da adição à terapêutica analgésica, mitos e preconceitos na utilização de opióides, nomeadamente falta de conhecimento acerca da diferença entre a dependência física, a tolerância e a adição, e o insuficiente conhecimento acerca da gestão dos efeitos secundários da terapêutica (Alnajar, Darawad, Alshahwan e Samarkandi, 2017; Brant et al., 2017; Kwon, 2014; Müller-Schwefe et al., 2014).

A falta de conhecimentos dos profissionais de saúde responsáveis pela otimização da gestão da dor crónica, reflete-se em diversas barreiras colocadas pelas pessoas com dor crónica (Kwon, 2014; Uysal, 2018). Nestas, as barreiras mais comuns prendem-se com a falta de conhecimentos acerca do processo de dor crónica, falta de conhecimento acerca da terapêutica analgésica, nomeadamente receios acerca da adição e tolerância, mitos na utilização dos opióides, medo dos efeitos secundários e medo dos injetáveis, a falta de conhecimentos acerca das opções terapêuticas e estratégias não farmacológicas disponíveis, a reticência em expressar a sua dor por não quererem sentir-se apelativos ou por sentirem que não acreditam nos seus relatos, o receio de desviar a atenção dos profissionais de saúde da doença de base, o medo de que a dor seja um sinal de progressão da doença e a dificuldade ou impossibilidade de relatar a dor dadas outras comorbilidades (Arslan, Koca, Akar, Tural e Ozdogan, 2014; Breuer, Fleishman, Cruciani e Portenoy, 2011; Fairchild, 2010; Kwon, 2014; Milhomens, 2017; Müller-Schwefe et al., 2014; Schreiber, 2014).

São relatadas como barreiras mais comuns colocadas pelos sistemas de saúde a diminuta valorização do processo de dor crónica, a insuficiente formação dos profissionais na área da dor, os inadequados processos de rastreio disponibilizados, a inadequada sistematização do processo de gestão da dor, as dificuldades na obtenção de determinados opióides e/ou determinadas doses e a realização de prescrições de opióides segundo processos complexos (Breuer et al., 2011; Kwon, 2014; Lockett et al., 2013; Uysal, 2018).

Uma adequada avaliação da dor crónica é fundamental para que se atinja uma gestão eficaz (Fink e Brant, 2018), pois a dor não pode ser gerida eficazmente se não for devidamente identificada e caracterizada (Brant, 2014). A história da dor crónica da pessoa com doença oncológica deve ter em conta diversos aspetos, a evolução (como surgiu, duração e padrão), a localização, a irradiação, o tipo de dor (moinha, picada, queimadura, latejo, pontada, entre outros), a intensidade, as formas de manifestação, os fatores de alívio e os de agravamento, o impacto nas atividades de vida, o impacto emocional, social e espiritual e os sintomas associados (CCO, 2012; Cipta et al., 2015; NCCN, 2018; OE, 2008).

A avaliação da intensidade da dor revelou-se uma ferramenta útil no auxílio da compreensão da dor da pessoa, assim como na medição do sucesso do tratamento implementado, existindo diversos instrumentos que possibilitam realizar esta avaliação (Sullivan e Ballantyne, 2016).

Os instrumentos de avaliação da dor podem ser unidimensionais, de fácil utilização, onde apenas é avaliada a intensidade da dor, ou multidimensionais, adequados à avaliação da dor crónica e onde são avaliadas as dimensões sensitiva, emocional e cognitiva, mas que pela sua complexidade e aplicação morosa apenas são utilizados em situações particulares (Ritto e Rocha, 2017). Deve privilegiar-se a utilização de instrumentos de autoavaliação por se reconhecer que a pessoa é a melhor avaliadora da sua dor (DGS, 2010; Fink e Brant, 2018; Ritto e Rocha, 2017), só a pessoa pode dizer “o quanto lhe dói a dor que sente” (Pina, 2017c, p.123). Importa ressaltar que o mesmo instrumento deve ser mantido ao longo das avaliações, só se alterando se a condição da pessoa o justificar, e que quando a autoavaliação não é possível devido à pessoa não comunicar verbalmente ou não possuir capacidade cognitiva para realização de uma autoavaliação credível, deve recorrer-se à utilização de instrumentos de heteroavaliação denominadas de escalas comportamentais (DGS, 2010; Fink e Brant, 2018; NCCN, 2018; Ritto e Rocha, 2017).

Existem diversas escalas de autoavaliação da intensidade da dor, seja ela aguda ou crónica, nomeadamente a Escala das Faces de Wong-Baker, a Escala das Faces Revista, a Escala Qualitativa, a Escala de Avaliação Numérica (EAN) e a Escala Visual Analógica, podendo as duas primeiras ser utilizadas na população de idade igual ou superior a 3 e 4 anos, respetivamente, mas tendem a avaliar a dimensão emocional em detrimento da sensorial, embora a Escala das

Faces Revista seja menos infantilizada e emotiva (NCCN, 2018; Ritto e Rocha, 2017). A Escala Qualitativa é utilizada em pessoas com idade igual ou superior a 4 anos, tem a vantagem de ser sensível à memória pelo que pode ser utilizada sem necessidade de instrumento físico, mas tem-se verificado ausência de consenso nos adjetivos que utiliza, já a EAN também é sensível ao efeito da memória, utilizada em população com idade igual ou superior a 6 anos, reúne consenso na sua utilização devido à fiabilidade e facilidade de aplicação (NCCN, 2018; Ritto e Rocha, 2017). É considerada o *gold standard* de avaliação da intensidade da dor na população adulta com capacidade para realizar a autoavaliação (Fink e Brant, 2018). A Escala Visual Analógica está indicada para a mesma população da escala anterior, é representada por uma régua de 10cm não subdividida o que a torna bastante fidedigna devido a não suggestionar a pessoa, mas apresenta maior dificuldade de aplicação comparativamente às anteriores (NCCN, 2018; Ritto e Rocha, 2017).

O Inventário Resumido da Dor - Formulário Abreviado (*Brief Pain Inventory Short Form*), desenvolvido por Cleeland e Ryan (1994), é um exemplo de escala multidimensional de autoavaliação, muito utilizada em estudos de investigação e que se adequa à população com idade superior a 10 anos, avalia o impacto da dor crónica nas atividades de vida diárias e alívio obtido com a analgesia, escala esta validada para a população portuguesa por Azevedo et al. (2007).

Relativamente às escalas de heteroavaliação destacam-se a escala Doloplus (Wary e Serbouti, 2001), utilizada na população com idade superior ou igual a 65 anos, permite avaliar a dor crónica através da observação de dez parâmetros pelo que é de aplicação morosa e consequentemente de baixa utilização (Ritto e Rocha, 2017), validada para a população portuguesa por Guarda (2006); e a Escala de Avaliação da Dor na Pessoa com Demência Avançada, *Pain Assessment in Patients in Advanced Dementia* (PAINAD), que avalia o comportamento através de cinco itens, foi criada por Arden, Hurley e Volicer, (2003) para avaliação da dor da pessoa com demência mas a sua fiabilidade e facilidade de aplicação levaram a que a sua utilização fosse transversal a todos os adultos com alterações cognitivas ou não comunicantes verbalmente, Batalha et al. (2012) procederam à sua validação para a população portuguesa.

Outro exemplo deste tipo de instrumento é a escala *Checklist of Nonverbal Pain Indicators*, utilizada em adultos sem capacidade cognitiva ou não

comunicantes verbalmente e avalia seis aspetos comportamentais, em movimento e em repouso (Feldt, 2000). A sua utilização em contextos de internamento é amplamente defendida (Cornally et al., 2016; Fink e Brant, 2018; NCCN, 2018), não possui uma versão validada para a população portuguesa, podendo consultar-se em anexo a proposta de tradução para a língua portuguesa elaborada, sem autor determinado, na instituição onde exerço funções (Anexo 1).

Existem ainda escalas de rastreio da dor neuropática como o Questionário da Dor Neuropática em 4 Questões (DN4) que engloba 10 itens dos quais 7 resultam de autoavaliação e 3 de exame físico (Bouhassira et al., 2005), validada para português por Azevedo et al. (2007), muito utilizada dada a sua fácil aplicação (Ritto e Rocha, 2017).

A terapêutica farmacológica é um elemento fundamental na gestão da dor crónica da pessoa com doença oncológica, com capacidade para interferir nos processos de nociceção (Brant, 2014) e tendo como linha orientadora a escada analgésica de três degraus da OMS (2017) que guia, de forma sequencial, a utilização de analgésicos opióides e não opióides associados a terapêutica adjuvante (OMS, 2017).

O primeiro degrau da escada é composto pelos analgésicos não opióides, de utilização mais direcionada à dor ligeira, de intensidade inferior ou igual a 3 na EAN, incluem diferentes classes de analgésicos dos quais se destacam o Paracetamol, o Nolotil e os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), nomeadamente Ibuprofeno, Naproxeno, Diclofenac e Nimesulida (Arslan et al., 2014; Brant, 2014; Pina, 2017c).

Quando os analgésicos não opióides são insuficientes é defendida a ascensão para o segundo degrau da escada, utilização de opióides fracos, sendo aconselhado manter-se em associação o analgésico não opióide previamente prescrito (OMS, 2017). Os opióides fracos são utilizados na dor moderada, de intensidade de 4 a 6 na EAN, dos quais, dada a sua frequência de utilização se salientam, o Tramadol e a Codeína (Arslan et al., 2014; NCCN, 2018; Pina, 2017c).

O último degrau da escada compreende o uso de opióides fortes, de aplicação direcionada para a gestão da dor intensa, de intensidade igual ou superior a 7 na EAN, que deve ser feita de forma prudente tendo em conta o estado clínico, cognitivo, funcional, económico e social da pessoa, devendo ser acompanhados do uso dos analgésicos não opióides no sentido de potenciar os

seus efeitos de ação (NCCN, 2018; OMS, 2017; Pina 2017d). Os opióides fortes mais frequentemente utilizados são a Morfina, o Fentanilo, a Buprenorfina, a Hidromorfona e o Tapentadol, destes destaca-se a Morfina por ser um fármaco amplamente utilizado dada a sua eficácia, o seu baixo custo e a sua diversidade de formas de apresentação que facilitam a titulação das doses (Arslan et al., 2014; NCCN, 2018; Pina, 2017d).

A dose adequada do opióide é a dose mais baixa de opióide que possibilita o alívio da dor, maximizando a funcionalidade da pessoa com efeitos secundários considerados toleráveis para a mesma e, a dose adequada do opióide de resgate é entre 10 a 20% do total da dose do opióide de base, nas 24h (NCCN, 2018). Quando a dor se encontra inadequadamente controlada e/ou os efeitos secundários não permitem a titulação da dose, modo através do qual se ajusta progressivamente a dose às necessidades individuais da pessoa, deve ser considerada a rotação do opióide (Arslan et al., 2014; NCCN, 2018) que se caracteriza pela substituição do princípio ativo do fármaco por outro em dose de igual potência analgésica (Pina, 2017d). A gestão dos efeitos secundários envolve uma correta utilização dos fármacos, através da utilização de princípios ativos, doses e vias de administração apropriadas e uma adequada abordagem dos efeitos secundários (Arthur e David, 2018; NCCN, 2018). Os efeitos adversos dos opióides mais comuns são a obstipação e as náuseas e vômitos, embora com menos frequência possa ocorrer sedação, tonturas, confusão, alucinações, retenção urinária, depressão respiratória, miose, euforia, disforia e hipotensão (Arthur e David, 2018; Brant, 2014; Cipta et al., 2105; Dias et al., 2017).

A terapêutica adjuvante deve ser utilizada em concomitância com os fármacos analgésicos de qualquer um dos degraus da escada dado potenciarem o seu efeito, permitirem a utilização de menores doses de opióides, assim como permitirem controlar outros sintomas como a ansiedade, a depressão, a insónia, as contraturas musculares, entre outros, assim como, auxiliarem no tratamento da componente neuropática da dor (Brant, 2014; Pina, 2017c).

Para além de se ter em consideração a utilização da escada analgésica e da terapêutica adjuvante, Pina (2017c) defende que devem ser tidos em consideração outros princípios fundamentais, aquando do tratamento farmacológico, como a administração ser realizada pela boca, pelo relógio, para o indivíduo e tendo atenção aos detalhes. Sempre que disponível, a via oral deve

ser a via de eleição, dado estimular a autonomia e promover a capacitação da pessoa e do conforto, devendo ser cumpridos intervalos de tempo rigorosos de forma a prevenir o aparecimento do efeito de final de dose e tendo em conta as necessidades individuais da pessoa, pois a dose terapêutica depende da intensidade da dor da pessoa e não da dimensão da doença de base (Pina, 2017c), e cada pessoa é única, pelo que responde de forma diferente ao esquema terapêutico (Campbel, 2016).

Existem diversas técnicas invasivas disponíveis para o alívio da dor crónica que podem constituir parte do tratamento, nomeadamente bloqueios de nervos periféricos e do sistema nervoso autónomo, infiltração de pontos chave ou administração de terapêutica via seringa infusora, mas estas devem ser consideradas opções de segunda linha dado implicarem maior desconforto e poderem ter complicações associadas de maior gravidade (Raposo, 2017).

As intervenções farmacológicas são interdependentes, cabendo ao médico a prescrição sendo o enfermeiro responsável por garantir a sua administração e a monitorização dos seus efeitos secundários (OE, 2008).

De forma a complementar as intervenções farmacológicas desenvolvidas na gestão da dor crónica devem ser implementadas intervenções não farmacológicas (Eaton, Brant, McLeod e Yeh, 2017). Estas definem-se como o emprego de estratégias na prevenção ou gestão da dor que não envolvem a administração de fármacos (OE, 2008). Dividem-se em intervenções cognitivo-comportamentais, intervenções físicas, intervenções ambientais e intervenções de suporte emocional (OE, 2008; Brant, 2014; Keenan e Keithley, 2015; NCCN, 2018; Turk, Audette, Levy, Mackey e Stanos, 2010).

As intervenções cognitivo-comportamentais incluem a distração, o relaxamento, a meditação, a imaginação guiada, o treino de habilidades de *coping* e a reestruturação cognitiva, por seu lado as intervenções físicas abrangem a aplicação de calor ou frio, o exercício físico, a imobilização, o posicionamento terapêutico, a massagem, a estimulação elétrica transcutânea e as intervenções ambientais incluem o ajuste da temperatura, da luz, do ruído e a musicoterapia (OE, 2008; Brant, 2014; Keenan e Keithley, 2015; Milhomens, 2017; NCCN, 2018; Turk et al., 2010).

As intervenções de suporte emocional envolvem o toque terapêutico, a promoção da sensação de conforto, a promoção da sensação de segurança, o auxílio a encontrar o significado da dor, auxílio a encontrar o significado ou sentido da vida, auxílio na vivência da incapacidade, gestão de expectativas, a envolvimento de cuidadores ou pessoas significativas e a escuta ativa (OE, 2008; Brant, 2014; Milhomens, 2017; NCCN, 2018; Turk et al., 2010).

Através da educação o enfermeiro permite que muitas das intervenções não farmacológicas possam ser colocadas em prática pela pessoa e família estimulando a promoção da autonomia, da capacitação da pessoa e do aumento da sensação de controlo sobre a sua dor (Eaton et al., 2017; Haumann et al., 2017).

A educação à pessoa com doença oncológica e aos seus cuidadores na gestão da dor tem por base o princípio ético da autonomia e traduz-se no fornecimento de informação sistematizada (OE, 2008). Neste campo, o enfermeiro tem uma vasta área de atuação, devendo ser realizados ensinamentos baseados nas necessidades individuais identificadas (Schreiber, 2014). As necessidades educacionais mais frequentes descritas na literatura, vão ao encontro das barreiras na gestão da dor crónica associadas às pessoas, anteriormente descritas. Incluem, auxiliar a compreender o que é a dor crónica, qual o esquema terapêutico e a importância do cumprimento do mesmo, ensinar sobre a utilização dos opióides e desmistificação das crenças e preconceitos associados aos mesmos, ensinar acerca da adequada gestão do resgate, ensinar a gerir os efeitos secundários da analgesia, ensinar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e que visem a diminuição da interferência da dor nas atividades de vida diárias e ensinar acerca da importância de procurar apoio dos profissionais de saúde por agravamento do quadro algico, ou por qualquer outro aspeto que considerem pertinente (Al Qadire, 2012; CCO, 2012; Faustino, 2017; Milhomens, 2017; NCCN, 2018; OE, 2008; Uysal, 2018).

Dada a sua complexidade, a dor crónica oncológica tem interferência no estado de conforto da pessoa e família. Promover o conforto é um objetivo *major* da prática de enfermagem e o seu alcance é um resultado sensível aos cuidados prestados (Kolcaba, 2003).

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, teoria de médio alcance, dá-nos uma visão holística do estado de conforto, orientando e auxiliando a atuação

do enfermeiro e promovendo a melhoria dos cuidados de enfermagem. A enfermagem é descrita por Kolcaba (2003) como o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto da pessoa, seguido do desenvolvimento e da implementação de intervenções de enfermagem adequadas, após as quais deve ser reavaliado o nível de conforto de uma forma objetiva, como a observação de uma lesão a cicatrizar, ou subjetiva, como questionar à pessoa se está confortável. A mesma considera que a pessoa é qualquer indivíduo, família, comunidade ou instituição que necessite de cuidados de saúde, sendo a saúde o estado funcional ótimo, e que estes desenvolvem comportamentos de procura de saúde adotados de forma consciente ou inconsciente que promovem a busca de bem-estar (Kolcaba, 2003).

O conforto é definido por Kolcaba (2003) como uma experiência imediata, individual e holística de fortalecimento que resulta da satisfação de três necessidades, alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental. O alívio caracteriza-se por ter um desconforto específico ultrapassado ou diminuído como, por exemplo, a dor, as náuseas ou o frio; a tranquilidade é um estado de calma e satisfação, num sentido mais duradouro, que pode estar relacionado com as experiências pessoais relativas a uma necessidade em particular, nomeadamente, uma pessoa com incertezas acerca do diagnóstico pode necessitar de suporte emocional para alcançar a satisfação desta necessidade; por seu lado, a transcendência é a capacidade de ultrapassar desconfortos que não podem ser evitados ou eliminados, engloba inspiração, motivação e força, a supressão desta necessidade pode ser conseguida através da educação ou capacitação da pessoa no sentido de ajustar hábitos ou crenças que lhe permitam transpor o problema (Kolcaba, 2003).

Quanto aos contextos em que o conforto se desenvolve, o contexto físico refere-se a aspetos como sensações corporais, mecanismo homeostático e sistema imunitário; o contexto psicoespiritual compreende o significado da vida, a consciência interna de si próprio, como a autoestima, a identidade e a sexualidade; o contexto ambiental refere-se a fatores externos como a temperatura, som, luz, odores e mobiliário; e o sociocultural compreende as relações familiares e sociais, assim como vestuário, tradições e rituais (Kolcaba, 2003).

A teórica defende que a implementação de medidas de conforto se caracteriza pelo desenvolvimento de intervenções de enfermagem que visam

identificar e dar resposta às necessidades individuais da pessoa (Kolcaba, 2003). Estas dividem-se em três categorias, as medidas de conforto técnicas, que são intervenções destinadas a manter a homeostasia, gerir a dor, que incluem a administração de terapêutica analgésica e têm por objetivo auxiliar a pessoa a manter ou recuperar as suas funções fisiológicas e a prevenir eventuais complicações; a orientação (*coaching*) que implica a transmissão da sensação de segurança, transmissão de informação, escuta ativa, gestão de expectativas, de forma culturalmente sensível que permite auxiliar na diminuição da ansiedade e no modo como a pessoa encara a sua recuperação ou a sua finitude; as medidas de conforto da alma (*comfort food for the soul*) englobam medidas como a massagem, imaginação guiada, musicoterapia, reminiscência, adaptações do ambiente e que permitem aumentar a paz e a tranquilidade, visando a transcendência, que muitas vezes é alcançada através da relação marcante entre o enfermeiro e a pessoa (Kolcaba, 2003). O sucesso destas medidas pode ser afetado pela presença de variáveis intervenientes, fatores positivos ou negativos que provavelmente não se vão alterar ao longo do tempo e sobre o quais o enfermeiro tem pouco ou nenhum controlo como, por exemplo, o prognóstico (Kolcaba, 2003).

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Este projeto de intervenção foi desenvolvido sob a metodologia de projeto que se caracteriza por uma investigação que tem por base um problema real identificado na prática e a consequente implementação de estratégias eficazes atendendo à sua resolução, alcançando-se uma prática baseada na evidência através da pesquisa, análise e resolução dos problemas (Ruivo, Ferrito, Nunes, 2010). Este método é composto por cinco etapas: o diagnóstico de situação, onde se descreve a realidade e se identifica um problema; a definição dos objetivos, onde se sinalizam os resultados a alcançar; o planeamento, onde é realizada uma planificação das atividades, estratégias e meios necessários; a execução e avaliação, onde é concretizado o que foi planeado e avaliado o seu resultado; e a divulgação dos resultados, que se materializa através da elaboração de um relatório (Ruivo et al., 2010).

Neste sentido, a execução das atividades planeadas decorreu durante um período de estágio de 18 semanas, tendo uma carga horária de 450 horas divididas por três locais, uma Unidade Multidisciplinar de Dor (UMD), uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e um Serviço de Internamento de Medicina Interna. O estágio na UMD decorreu entre 25 de setembro e 03 de novembro de 2017, num total de 168 horas, equivalendo a 21 turnos. O segundo estágio, numa UCP, decorreu entre 05 de novembro e 12 de dezembro de 2017, dividindo-se por 19 turnos que corresponderam a um total de 152 horas. Por último, o terceiro estágio decorreu num internamento de medicina interna, do hospital onde exerço funções, no período compreendido entre 02 de janeiro e 09 de fevereiro de 2018, tendo realizado um total 20 turnos que perfizeram 160 horas.

2.1. Numa Unidade Multidisciplinar de Dor

A escolha deste campo de estágio prendeu-se com o facto de ser um local especializado na área da gestão da dor crónica oncológica, tendo cinco enfermeiros peritos na equipa que participam em investigação na área da dor e no desenvolvimento de condutas de boa prática com base na evidência científica. Da sua equipa multidisciplinar também fazem parte, quatro médicos anestesiologistas e uma psicóloga clínica. Esta equipa nuclear conta com o apoio de médicos de

diversas especialidades (fisiatria, neurologia e psiquiatria) aquando da realização de consultas de grupo assim como de assistente social, se detetadas carências socioeconómicas. Embora não tenha um fisioterapeuta, a referenciação para o serviço de medicina física e reabilitação é feita através da consulta semanal de fisiatria. Tem atividade assistencial em contexto de ambulatório, de internamento, em regime de consultoria, de acompanhamento telefónico e de atendimento não programado, sendo a referenciação para esta unidade feita internamente através do médico assistente da pessoa na instituição onde a UMD se insere. É composta por diversos gabinetes de consulta, uma área de secretariado, uma sala de enfermagem, uma sala de tratamentos e um quarto com duas camas e dois cadeirões. O funcionamento decorre nos dias úteis, das 08h às 17h.

Verifiquei que esta UMD vai ao encontro do estipulado pelo Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008) que menciona que os hospitais especializados em oncologia devem integrar uma unidade de dor de nível igual ou superior a três. As unidades de dor de nível três, na qual esta se insere, são classificadas como Unidades Multidisciplinares de Dor e obedecem a determinadas características organizacionais, nomeadamente possuir uma equipa multidisciplinar que inclua pelo menos um médico com competência em medicina da dor, um psiquiatra ou um psicólogo clínico, dois médicos de outras especialidades, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de serviço social e um administrativo (DGS, 2008). Deverão ter centro de custos autónomo, espaço físico próprio, disponibilização de atendimento telefónico, assistência em ambulatório, em internamento e em situações urgentes (DGS, 2008).

Este estágio teve como objetivo geral **desenvolver competências para prestar cuidados de enfermagem no âmbito da gestão da dor crónica do doente oncológico em contexto de ambulatório.**

Neste sentido, o primeiro objetivo específico delineado foi **integrar na equipa e na dinâmica funcional do serviço.** De modo a dar resposta a este objetivo foram desenvolvidas diversas atividades seguidamente relatadas.

A primeira atividade prendeu-se com a **realização de uma reunião** com a enf.^a chefe e a enf.^a orientadora, pós-graduada em medicina da dor, para apresentar o meu projeto de intervenção e as atividades que me propunha a desenvolver. Para além da apresentação oral por mim realizada foi entregue um exemplar escrito do referido projeto que foi lido por ambas as sras. enfermeiras.

Desta apresentação resultou uma apreciação positiva acerca da pertinência da temática escolhida, assim como da própria fundamentação teórica. Tendo sido mencionado por ambas as enfermeiras que a intervenção proposta tinha potencial de ser continuada através de projetos futuros, não apenas circunscritos ao serviço onde exerço funções, mas à totalidade do hospital, nomeadamente através da implementação de escalas a utilizar, da criação de grupos de trabalho e de elos de ligação nos diversos serviços. A enf.^a chefe deu como exemplo um projeto de intervenção por si desenvolvido que foi crescendo ao longo do tempo, facto que me auxiliou a perceber como estes projetos podem evoluir, as dificuldades que surgem em motivar a adesão dos pares e de como a sua implementação pode ser morosa. Este momento de partilha revelou-se de extrema importância pois permitiu que eu sentisse de imediato uma relação de proximidade com as sras. enfermeiras. No seguimento da reunião foram debatidas as atividades por mim apresentadas e sinalizados instrumentos de apoio e documentos referentes ao processo de enfermagem de maior pertinência para a minha consulta, o que orientou e facilitou a minha pesquisa perante o diverso material disponível.

Uma das atividades discutida na reunião foi a elaboração e aplicação de um instrumento para a estruturação da entrevista de enfermagem da pessoa com dor crónica que abrangesse a avaliação da história de dor, a linha de tratamento, e desse particular enfoque às necessidades educacionais, possibilitando ainda a identificação das necessidades de suporte emocional. Para além de me ter sido autorizada a sua aplicação pela enf.^a chefe, foi-me referido que teria de ter em consideração que durante o decorrer da consulta teria de aplicar o instrumento por mim desenvolvido e simultaneamente dar resposta ao processo de enfermagem da unidade, pelo que me aconselharam a familiarizar-me bem com ambos antes de iniciar estas avaliações, caso contrário a sua aplicação poderia ser inviabilizada, quer ao nível da disponibilidade temporal para o seu emprego, quer ao nível da disponibilidade da pessoa para colaborar na recolha de dados. Sugestão esta que assumi ter em consideração.

Considero que esta reunião permitiu uma troca de experiências e foi uma mais valia, dado que foi um meio facilitador de todo o processo. No início da mesma encontrava-me apreensiva, não sabendo qual seria a receptividade para com o meu projeto, nem qual a opinião que iriam nutrir acerca do mesmo. Com o desenrolar da mesma, ambas as sras. enfermeiras mostraram o seu agrado,

assim como total disponibilidade para me orientarem e apoiarem neste percurso, realizando críticas construtivas e motivando-me a seguir em frente. Estes aspetos possibilitaram que sentisse ter espaço para expressar dúvidas e necessidades, permitindo aceder ao vasto conhecimento técnico e científico de que são detentoras.

Foi, ainda, realizada a apresentação do projeto aos restantes elementos da equipa de enfermagem e a alguns elementos da equipa médica. Esta apresentação foi feita de forma sucinta, par a par, pois percebi que tal iria, não só facilitar as relações interpessoais, como, maximizar as minhas oportunidades de aprendizagem através dos contributos que estes profissionais me podiam dar.

Outra atividade desenvolvida foi a **consulta de normas e procedimentos** existentes, mas estes documentos escritos encontravam-se, à data do estágio, em reestruturação, nomeadamente protocolos de atuação terapêutica e de atuação face aos efeitos adversos da mesma. Ainda assim foi possível consultar o guia de integração do enfermeiro onde, para além de fornecer informações acerca da evolução histórica, dos objetivos e da organização funcional da unidade, menciona os documentos de apoio ao processo de enfermagem, físico e informático, a preencher nas diferentes consultas de enfermagem, primeira vez, subsequente, telefónica e de consultoria.

Outra atividade desenvolvida prendeu-se com a **assistência a consultas de enfermagem**. Ao longo dos primeiros turnos assisti a três consultas de enfermagem de primeira vez, a seis consultas de enfermagem subsequentes e a sete consultas médicas, nas quais o enfermeiro tem um papel ativo, tendo tido ainda oportunidade de assistir a duas consultas de psicologia e a diversas articulações com outras especialidades médicas e com o serviço social.

Ainda que não existam linhas orientadoras definidas por documentos normativos do serviço, identifica-se que a intervenção desta equipa de enfermagem se rege pelo que é descrito na literatura. Verifiquei que nas consultas de enfermagem de primeira vez a dor crónica é avaliada tendo em conta a sua multidimensionalidade pois é realizado um levantamento da história de dor que envolve a identificação das características da dor como, a intensidade, tipo, localização, irradiação, fatores de alívio e de agravamento, e aspetos temporais como a duração (aguda ou crónica), se é contínua ou episódica. São ainda avaliados o *distress*, através da aplicação do termómetro de *distress*, o impacto

da dor nas atividades de vida diárias, através da aplicação do Inventário Resumido da Dor – Formulário Abreviado (Azevedo et al., 2007), e a classificação da dor quanto à sua fisiologia, através da aplicação do Questionário da Dor Neuropática em 4 Questões (DN4), prática esta que vai ao encontro do defendido por diversos autores e instituições de referência (Abrahm, Moment e O'Donnella, 2014; Brant, 2014; CCO, 2012; NCCN, 2018).

Relativamente à avaliação da intensidade da dor são aplicadas preferencialmente escalas de autoavaliação, utilizando-se a EAN, ou em casos em que haja dificuldade na compreensão desta, a Escala Qualitativa. Em todas as consultas é realizada a apresentação física da EAN, de modo a assegurar a sua correta utilização e validar a sua adequação à pessoa em causa, tal como defendem Hjermstad et al. (2011), é mencionado que a intensidade 0 é que se encontra “sem dor” e 10 é a “a pior dor que possa imaginar” pois é importante ter balizas nos extremos da escala de modo a auxiliar a sua compreensão. A importância de realizar a autoavaliação em detrimento da heteroavaliação foi fundamentada em estudos que defendem que a própria pessoa é quem melhor avalia a sua dor, mostrando incongruência entre os valores dados pela pessoa quando confrontados pelos dados por outros, sendo frequentemente subestimados valores elevados de intensidade de dor (CCO, 2012; DGS, 2010; Hjermstad et al., 2011; NCCN, 2018; Ritto e Rocha, 2017) percebendo-se que para a equipa este é um aspeto valorizado, dado a sua prática respeitar esta orientação.

A pessoa é solicitada a avaliar a intensidade de dor no momento e a intensidade máxima, média e mínima, no período referente à semana anterior, sendo feita a associação dos fatores de alívio e de agravamento aos valores encontrados, o que permite detetar necessidades educacionais e delinear intervenções futuras.

No caso da pessoa não conseguir realizar a autoavaliação da intensidade da sua dor recorre-se à utilização da uma escala de heteroavaliação comportamental, a escala PAINAD, sendo a sua utilização defendida por vários autores (Abrahm et al., 2014; Batalha et al., 2012; NCCN, 2018). Considerando que, no meu contexto de trabalho, a escala utilizada é a CNPI interpretei inicialmente este aspeto como uma condicionante, acabando por perceber posteriormente que seria uma mais valia, por me possibilitar adquirir destreza na aplicação de outro instrumento. Atendendo que a escala PAINAD é um

instrumento com uma versão validada para a língua portuguesa, no decorrer do estágio optei por proceder à sua utilização em detrimento da escala CNPI, que não reúne esse critério.

A avaliação da intensidade da dor é essencial para uma adequada gestão da mesma, pelo que esta equipa demonstra ser metódica neste processo, selecionando as escalas adequadamente, preferindo a utilização das aconselhadas pela evidência e mantendo a sua aplicação para as subseqüentes avaliações da pessoa, alterando apenas se a condição da mesma o justificar (Hjermstad et al., 2011; Ritto e Rocha, 2017). As escalas são instrumentos úteis que permitem ajudar a caracterizar a dor e monitorizar a resposta da pessoa ao tratamento instituído (Cipta et al., 2015) pelo que a sua utilização não deve ser descurada.

Nestas consultas é realizada a validação do cumprimento do esquema terapêutico em curso, assim como a verificação das dificuldades vivenciadas no seu cumprimento de forma a identificar problemas e eventuais necessidades educacionais associadas, aspetos defendidos pelo CCO (2012) e a NCCN (2018).

Ressalva-se que, nas consultas de enfermagem subseqüentes nem sempre é aplicada a totalidade dos instrumentos referidos, dado ser possível aceder à informação das consultas anteriores previamente ao início da consulta. Nos registos de enfermagem, está assinalado quais as escalas selecionadas, assim como os seus resultados. As restantes informações recolhidas também se encontram adequadamente registadas, mas, dado estes registos serem feitos em formulários de papel e em diversos campos ao nível do sistema informático, a realização dos mesmos é morosa, assim como a sua consulta. Ainda assim, os registos são realizados de modo a permitir conhecer a evolução da intensidade da dor desde o primeiro contacto com o serviço até à presente consulta, por parte de toda a equipa multidisciplinar, o que não só promove a relação terapêutica como permite dar continuidade aos cuidados prestados.

A consulta médica conta com a presença e participação do enfermeiro, sendo sempre realizada após a consulta de enfermagem de modo a permitir que este seja detentor da maior informação possível acerca da história de dor da pessoa e das suas necessidades, dando assim o seu contributo na otimização do tratamento farmacológico, ou na definição da necessidade de articulação com outras especialidades médicas. Este aspeto vai ao encontro do defendido por

alguns autores que mencionam que uma gestão adequada do tratamento farmacológico deve ser realizada pelo médico em colaboração com os enfermeiros, pois são os maiores detentores do conhecimento acerca da dor crónica da pessoa (Eaton, Meinns, Mitchel, Voss e Doorenbos, 2015).

A observação das práticas desenvolvidas pela equipa de enfermagem permitiu-me perceber a orientação dada às entrevistas realizadas à pessoa com dor crónica, a forma como a comunicação era estabelecida e vivenciar as dificuldades que surgem em aceder ao conhecimento da pessoa e dos seus problemas. Permitiu-me, também, observar a intervenção da equipa de enfermagem no seio de uma equipa multidisciplinar onde todos os papéis são respeitados e onde existe uma grande fluidez na sua articulação. Tal como defendem Diniz e Naves (2017) e Müller-Schwefe et al. (2014), a intervenção de uma equipa multidisciplinar é essencial para que um sintoma como a dor crónica seja acedido na sua totalidade. A análise destas práticas à luz do descrito na literatura permitiram-me demonstrar ter desenvolvido competências em avaliar se a prática clínica estava suportada no conhecimento e na investigação (OE, 2010).

No sentido de alcançar o segundo objetivo, **prestar cuidados de enfermagem à pessoa com dor crónica oncológica de modo a que faça a gestão da mesma no domicílio**, também foram desenvolvidas diversas atividades. A primeira atividade foi a **elaboração de um Instrumento para a Entrevista de Enfermagem à Pessoa com Dor Crónica Oncológica**, para o qual contei com as opiniões dos vários elementos da equipa, em particular da enf.^a chefe e da enf.^a orientadora, da sr.^a professora orientadora e com o conhecimento adquirido através da prévia observação das práticas da equipa e da revisão da literatura.

O instrumento encontra-se dividido em cinco partes: dados pessoais e clínicos; avaliação; tratamento; necessidades educacionais e necessidades de suporte emocional. O primeiro campo compreende uma recolha de dados que permite uma breve identificação da pessoa ao nível sociodemográfico, assim como do historial clínico, através da menção do diagnóstico e dos antecedentes pessoais de saúde. A avaliação contempla, não só a avaliação das características da dor, mas também, da intensidade do desconforto através do uso do instrumento de autoavaliação Escala Visual de Desconforto (Kolcaba, 2010) ou da intensidade do conforto através do instrumento de heteroavaliação, *Comfort Behaviors*

Checklist (Kolcaba, 2002) que pode ser consultado em anexo (Anexo 2). Dada a inexistência de uma versão validada para a língua portuguesa, procedeu-se à realização de uma proposta de tradução da escala *Comfort Behaviors Checklist* (Kolcaba, 2002), para que, embora admitindo a sua fragilidade, a mesma fosse passível de ser aplicada (Apêndice 6). Este Instrumento para a Entrevista de Enfermagem à Pessoa com Dor Crónica Oncológica pode ser consultado em apêndice (Apêndice 7).

O tratamento inclui dados sobre o esquema terapêutico em curso, dando enfoque ao fármaco de resgate e à sua utilização, aos efeitos secundários da analgesia e às estratégias não farmacológicas utilizadas no alívio da dor (CCO, 2012; NCCN 2018; OE, 2008), ainda é validada a adesão terapêutica dado ser um fator importante para que se atinja a adequada gestão da dor (Schreiber, 2014). Quanto aos efeitos secundários, são mencionados os mais comuns (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, Castro-Lopes, 2013; Faustino, 2017; NCCN, 2018), permitindo registo de outros não mencionados. Os campos de educação e de suporte emocional incluem as necessidades mais comuns citadas e identificadas na literatura pesquisada. Dada a possibilidade de surgirem necessidades para além das nomeadas em cada um dos campos surge um espaço aberto que permite o seu registo.

A criação deste instrumento permitiu-me estruturar a entrevista de forma a assegurar que todos os aspetos mencionados fossem identificados e registados, permitindo, deste modo, identificar necessidades e delinear intervenções adequadas para as ultrapassar. Com esta divisão pretende-se uma linha norteadora do pensamento, sendo o instrumento utilizado como um roteiro e não como um guia estanque que tenha que ser aplicado numa determina ordem.

Uma outra atividade prendeu-se com a **validação do instrumento** pelo que foram realizadas duas consultas de enfermagem de primeira vez e duas consultas de enfermagem subsequentes de modo a testar o instrumento. Após o teste, percebeu-se que o instrumento criado era omissivo quanto a um aspeto importante, “objetivar o impacto da dor na vida do doente” (Pina, 2017c, p.123), pelo que se optou por adicionar um campo que permitisse a avaliação da interferência da dor nas atividades de vida diárias, aplicando-se o ponto 9 da versão portuguesa do Inventário Resumido da Dor – Formulário Abreviado (Azevedo et al., 2007), dado os restantes pontos já se encontrarem contemplados no instrumento. A seleção

desta escala prendeu-se com o facto de estar indicada para avaliar a interferência da dor crónica na população adulta, assim como por ser a escala utilizada na UMD para esse efeito, permitindo o seu uso alinhar a intervenção do estágio com a da unidade. Foi ainda adicionado um campo de “observações” para registo de algumas notas consideradas oportunas para uma melhor contextualização e individualização da condição da pessoa.

Outra atividade foi a **realização de consultas de enfermagem** aplicando o instrumento criado em 14 consultas de enfermagem (10 consultas de primeira vez e 4 consultas subsequentes). As consultas de primeira vez eram preferenciais para a aplicação do mesmo, dado a disponibilidade temporal ser maior e por ser mais desafiante desenvolver estratégias para aceder ao conhecimento da história de dor e da própria pessoa sem condicionamento prévio dos dados existentes no processo de enfermagem. De forma a aumentar o número de oportunidades de aprendizagem, foram também realizadas consultas subsequentes, dado existirem casos em que a intervenção desenvolvida pela equipa já era extensa e a gestão da dor crónica já se encontrar mais otimizada. Conteí com o auxílio da enf.^a orientadora na seleção destas.

Previamente ao início de cada consulta informei as pessoas do âmbito da minha intervenção, sendo solicitado o seu consentimento verbal para a realização das entrevistas e para o tratamento e apresentação dos dados recolhidos, mencionando que seria acautelado o seu anonimato. A apresentação destes dados pode ser consultada em apêndice (Apêndice 8).

Em 9 das 14 pessoas entrevistadas (64,3%), a adesão terapêutica, medida em que o consumo de fármacos por parte da pessoa está de acordo como o intervalo de tempo e as dosagens do esquema terapêutico estabelecido (Brant, 2014; Jorge, Feres e Teles, 2011), encontrava-se comprometida de forma mais ou menos significativa. Em todas as consultas em que a adesão terapêutica se verificou comprometida investiguei as suas causas, as quais eram registadas no campo de “observações”, pois a identificação das barreiras subjacentes à não adesão permitia reconhecer necessidades educacionais ou de suporte emocional, possibilitando direccionar o diálogo e a informação fornecida no sentido de promover uma melhoria na gestão da dor crónica e do estado de conforto.

Uma das causas identificadas foi a presença dos efeitos secundários da terapêutica, manifestada por 11 das pessoas entrevistadas (78,6%), todas elas

com fármacos opióides prescritos, destas, 10 pessoas (71,4%) manifestaram a presença de obstipação, seguidas pelas náuseas que foram manifestadas apenas por 3 pessoas (21,4%).

O benefício da utilização dos opióides deve ter em conta os seus efeitos secundários dado que, para além de poderem comprometer a adesão terapêutica, também podem afetar o conforto e a qualidade de vida da pessoa (Arthur e David, 2018; Dias et al., 2017). A elevada presença da obstipação vai ao encontro do descrito na literatura, onde esta é considerada um dos efeitos adversos dos opióides mais frequente (Brant, 2014; Cipta et al., 2015; Dias et al., 2017), sendo um sintoma no qual os enfermeiros possuem um papel fundamental na prevenção, identificação e controlo. A obstipação deve ser abordada tendo em conta a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas direcionadas, sendo que a execução destas intervenções por parte da pessoa deve ser assegurada através de processos educativos eficazes (Arthur e David, 2018; Dias et al., 2017; Faustino, 2017; NCCN, 2018). Nas situações em que a obstipação foi verificada, realizei educação direcionada a cada caso individual, pautando-se por, desde simples ajustes no padrão alimentar através do aumento da ingestão hídrica e de fibras, passando por ressaltar a importância do cumprimento do laxante em esquema, ou da forma como o mesmo pode ser utilizado em SOS, até uma situação mais complexa que exigiu a articulação com a equipa médica para que fosse equacionada a rotação do opióide de base.

Num dos casos, uma sr.^a de 52 anos, com o diagnóstico de carcinoma da mama direita com metastização hepática, o compromisso da adesão terapêutica ia muito para além da presença da obstipação. Esta sr.^a apresentava dor com evolução de cerca de 5 meses, localizada na região lombar à direita, sem irradiação, tipo moimha, contínua, tendo como fatores de agravamento a deambulação e a realização de atividades diárias e como fator de alívio o repouso. Avaliou a sua dor no momento, através da EAN, com intensidade de 5. Informei que poderíamos suspender a consulta para que tomasse um analgésico dada a intensidade da sua dor, tendo recusado. Dado continuidade à entrevista, avaliou as intensidades de dor relativas à semana anterior como, 10 de máxima, 5 de média e 3 de mínima. Quando solicitada a avaliar a intensidade do desconforto mencionou 10, tendo-se ainda confirmado uma grande interferência da dor nas atividades de vida, autoavaliando os itens “atividade geral”, “disposição”,

“capacidade de andar a pé”, “trabalho normal”, “relação com outras pessoas” em 9, “sono” em 6, e o “prazer de viver” em 10.

Após estas avaliações considerei que a adesão terapêutica pudesse estar comprometida pelo que solicitei que me fizesse a descrição do seu plano terapêutico, de imediato me facultou os invólucros dos fármacos para os quais não necessitou de olhar enquanto mencionava os seus nomes, posologia e horários, estes incluíam, Escitalopram 20mg, comprimido, ao pequeno-almoço, Paracetamol 1000mg, comprimido, de 8/8h, Fentanilo 50ug, transdérmico, de 72/72h, Trazadona 100mg, comprimido, ao deitar e Oramorph® 2 mg/ml, solução oral, 4 gotas em SOS, mencionando que cumpria e não tinha dúvidas relativamente aos mesmos. Quando questionada acerca da presença dos efeitos secundários referiu sentir obstipação, pelo que forneci informação acerca da mesma e posteriormente solicitei na consulta médica a prescrição de laxante, mas para esta sr.^a este efeito secundário não se revelava ser um impedimento.

Embora pudesse necessitar de ajustes atendendo às necessidades individuais da sr.^a, o seu esquema terapêutico estava de acordo com o defendido pelas *guidelines* (NCCN, 2018), pelo que seria de esperar que não se verificassem intensidades de dor tão elevadas. Questionei os cuidados que tinha relativamente ao fármaco por via transdérmica e foi neste ponto que comecei a sentir que poderia existir algum problema. Embora a sr.^a soubesse quais os cuidados a ter, senti que falava mais pausadamente e com alguma hesitação. Relembrei que aquela consulta tinha como intuito auxiliá-la a gerir melhor a sua dor e que se houvesse alguma situação em que ela tivesse dúvidas aquele seria o momento oportuno para as colocar, referindo que cumpria o mesmo durante as 72h mas fazia uma pausa de 24h entre colocações de modo a ter espaço para perceber como estava a sua dor e ter alguma informação sobre como a sua doença evoluía.

Neste momento senti que a minha intervenção tinha de se focar muito para além da promoção do conforto no seu contexto físico, através do alívio dos sintomas e do ressaltar da importância do cumprimento da terapêutica, e ser direcionada à promoção da tranquilidade e da transcendência. Assim, prestei suporte emocional no sentido de auxiliar a encontrar o significado da sua dor e o sentido da vida, pois a presença da doença oncológica, e da dor crónica a ela associada, faz com que a pessoa seja confrontada com os seus limites, com a sua incapacidade e as suas perdas. Para além disso, forneci informação sobre

estratégias não farmacológicas disponíveis para o controlo da dor e a promoção do conforto, como a musicoterapia, o relaxamento e a imaginação guiada (Kolcaba, 2003). O relaxamento mostrou ser do seu interesse pelo que expliquei como poderia realizar o mesmo no domicílio com recurso ao uso do seu telemóvel, medida esta que agradeceu e recebeu com muito agrado.

A realização desta entrevista mostrou a importância da avaliação holística da pessoa para aceder aos seus receios, assim como de implementar medidas de conforto para a alma, que visam a transcendência e englobam estratégias a que a pessoa nem sempre está habituada, mas que são bem recebidas por fazerem com que se sinta suportada (Kolcaba, 2003).

Quando questionadas acerca das estratégias não farmacológicas adotadas na gestão da sua dor, também estas promotoras de conforto, a maioria das pessoas (78,6%) indicou o repouso. Houve menção pontual da massagem da zona, da aplicação de calor e até mesmo da utilização da televisão como técnica de distração, mas de forma transversal foi mostrado desconhecimento por parte das pessoas quando no decorrer das consultas sugeria outras opções disponíveis.

Atendendo à multidimensionalidade da dor crónica, as intervenções não farmacológicas devem ser utilizadas em complementaridade das intervenções farmacológicas, reforçando os seus efeitos e estimulando a promoção do conforto nos seus quatro contextos, devendo ser dirigidas à condição da pessoa (Kolcaba, 2003; NCCN, 2018). Estas intervenções podem ser implementadas de forma autónoma pelos enfermeiros, são facilmente aplicadas no contexto hospitalar ou domiciliário, envolvem um impacto económico reduzido, devendo ser dadas a conhecer à pessoa em função das suas necessidades e gostos pessoais para promoverem a autonomia e a capacitação na gestão da dor (Keenan e Keithley, 2015; Milhomens, 2017).

Neste ponto a educação realizada depende da fisiologia da dor crónica, dos aspetos físicos, culturais, emocionais e cognitivos da pessoa, sendo muitas vezes necessário proceder à exemplificação. A tudo isto encontrava-se associado um tempo limitado, pelo que o emprego destas intervenções se demonstrou bastante complexo. Senti maior dificuldade em ultrapassar esta questão, considerando que o meu papel se prendeu mais com a transmissão de informação acerca das intervenções não farmacológicas disponíveis, não existindo espaço suficiente para abordar a temática com a devida profundidade. Ao refletir sobre esta questão com

a enf.^a orientadora, indaguei até que ponto seria possível criar um espaço próprio dedicado à realização ou exemplificação de algumas destas intervenções, para a qual seriam referenciadas pessoas previamente selecionadas em consulta. A ideia foi recebida com agrado, mas mostrou-se ser pouco exequível dadas as condicionantes de espaço físico e os recursos humanos existentes, ficando em aberto como um projeto a explorar no futuro.

A gestão da dor crónica no domicílio é um processo complexo e difícil pelo que é necessária uma abordagem educacional sistematizada que vá ao encontro das necessidades individuais, ao nível de conhecimento e das competências práticas, para que estes se sintam capazes de gerir a dor no domicílio ou para que os cuidadores se sintam capazes de auxiliar neste processo (Latter et al., 2018).

Dada a fragilidade física e psicológica das pessoas com dor crónica e dos seus familiares, por vezes, aceder às necessidades individuais revela-se um processo trabalhoso que envolve elevada capacidade de comunicação, pois “comunicar é uma arte que não se limita a uma troca de palavras, mas inclui a partilha de emoções e de sentimentos” (Ritto e Rocha, 2017, p.102) que exige capacidade de falar, de escutar e onde a comunicação não verbal desempenha um papel importante e requer, por parte do enfermeiro, uma observação atenta. Numa entrevista em particular foram sentidas dificuldades neste âmbito que levaram à realização de uma reflexão, segundo o ciclo reflexivo de Gibbs, sobre um evento significativo de aprendizagem (Apêndice 9).

No final das consultas médicas em que participei, ou no final das consultas de enfermagem não sucedidas de consulta médica, entreguei o plano terapêutico em papel, explicando a posologia e o horário de cada fármaco, assim como as indicações do resgate prescrito, pedindo para a pessoa e/ou cuidador para validar o que havia sido referido de forma a garantir a adequada assimilação do ensino realizado. Para o caso de ocorrência de dúvidas no domicílio, assinalava nesse mesmo plano o contacto da UMD, informando que esta se encontrava disponível para qualquer esclarecimento, reforçando a importância de solicitar apoio dos profissionais de saúde sempre que necessário.

O desenvolvimento da intervenção mencionada pretendia promover o conforto defendido por Kolcaba (2003), pelo alcance dos estados de alívio e de tranquilidade, no contexto físico, através da promoção da adesão terapêutica com consequente controlo da dor e dos efeitos secundários da analgesia, no contexto

psicoespiritual, incitando sentimentos de segurança e de suporte, diminuindo ou anulando eventuais medos e/ou incertezas associados a esquemas terapêuticos frequentemente densos e de complexa interpretação, e no contexto sociocultural através do envolvimento da família sempre que tal fosse adequado.

Alguns autores (Sullivan e Ballantyne, 2016) defendem que o sofrimento e a incapacidade estão mais associados ao significado da dor crónica do que à mera intensidade e que, enquanto enfermeiros, o nosso dever para com as pessoas com dor crónica não se resume a quanto diminuámos a dor mas sim a quanto melhoramos a vida da pessoa de quem cuidamos.

O conforto vai para além da ausência de dor ou de incómodos físicos pois a satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência implicam para além do contexto físico, os contextos psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003). Esse aspeto é perceptível nos valores atribuídos pelas pessoas quando questionadas da interferência da dor nas suas atividades de vida, onde a interferência no item “prazer de viver” foi a mais pontuada com um valor médio de 7,1; seguida da “disposição” com 6,6.

O facto do conforto ser um estado holístico desejável que resulta de intervenções de enfermagem individualizadas que permitem eliminar ou diminuir o sofrimento (Kolcaba, 2003) pode ser demonstrado na reflexão de um evento significativo que decorreu durante a entrevista a uma pessoa com dor crónica oncológica para a qual e com a qual foram desenvolvidas intervenções promotoras de conforto (Apêndice 10).

Os enfermeiros da área de oncologia têm um papel chave na educação e no suporte da pessoa e da sua família na gestão da dor crónica oncológica (Latter et al., 2018). A prestação de cuidados de enfermagem desenvolvida durante este estágio exigiu flexibilidade e motivação constantes, dado as exigências e necessidades das pessoas e seus familiares serem distintas, tendo sido necessário desenvolver agilidade e rapidez de atuação no sentido de dar uma resposta aos problemas de forma adequada, rápida e segura.

Penso que as atividades realizadas ao longo do estágio me permitiram demonstrar competências na aplicação de conhecimentos e na capacidade de compreender e resolver problemas em situações novas e em contextos multidisciplinares (Decreto-Lei nº 74/2006); na maximização do ambiente terapêutico com o envolvimento da pessoa e familiares/cuidadores; na prestação

de cuidados à pessoa e familiares/cuidadores que vivenciam processos médicos complexos, decorrentes de doença crónica (OE, 2018); na promoção de uma prática baseada na evidência na identificação de necessidades e na intervenção realizada; na promoção de suporte emocional quando necessário (EONS, 2018).

2.2. Numa Unidade de Cuidados Paliativos

A UCP onde decorreu o estágio é uma unidade de nível III especializada na promoção do conforto, da dignidade e da qualidade de vida da pessoa com doença avançada incurável e respetiva família, através do controlo de sintomas físicos e do apoio emocional, social e espiritual. Disponibiliza recursos técnicos, humanos e físicos adaptados às diferentes fases dos cuidados paliativos. Pertence à Rede Nacional de Cuidados Paliativos, e é reconhecida pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017). Tem como filosofia, a dos cuidados centrados na pessoa, sendo composta por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte profissionais com formação avançada, que inclui enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, dispõe de espaço físico próprio e tem um horário de funcionamento ininterrupto, estando os indicadores mencionados de acordo com o estipulado pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2016).

Fisicamente encontra-se dividida em duas alas, com um total de 40 unidades, distribuídas por quartos duplos e individuais, todas elas equipadas com casa de banho e televisão. Compreende, ainda, uma casa de banho adaptada à prestação de cuidados de higiene a pessoas em que o grau de dependência compromete a utilização do duche do quarto, uma copa, uma sala de refeições e de convívio, para uso das pessoas internadas e dos seus familiares, e salas de preparação de terapêutica, de passagem de turno e de conferência familiar.

Estabeleceu-se como objetivo geral deste estágio **desenvolver competências para prestar cuidados de enfermagem no âmbito da gestão da dor crónica do doente oncológico em contexto de internamento**. Tal como no estágio anterior, foram delineados os objetivos específicos e desenvolvidas as atividades no sentido da sua concretização.

Para dar resposta ao primeiro objetivo específico, **integrar na equipa e na dinâmica funcional do serviço**, a primeira atividade prendeu-se com a **realização de uma reunião** com a enf.^a orientadora, mestre em cuidados paliativos, com o intuito de apresentar o meu projeto de intervenção, os objetivos que pretendia atingir e as atividades que me propunha realizar, tendo tido uma aceitação muito positiva. A enf.^a orientadora informou que as pessoas internadas na unidade pertencem à população geriátrica, têm maioritariamente diagnóstico oncológico e/ou neurológico, com internamento motivado por descontrolo sintomático, ocupando a dor e a dispneia os primeiros lugares, pelo que a pertinência do estágio nesta unidade se mostrava assegurada. A enf.^a lembrou que em muitos casos esse descontrolo era ultrapassado após a intervenção da equipa multidisciplinar, pelo que sugeriu que devia considerar a inclusão de pessoas com dor crónica com patologias para além das do foro oncológico, de forma a enriquecer as minhas experiências.

Relativamente à apresentação do projeto à equipa, decidiu-se que seria realizada, não só à equipa de enfermagem, como à restante equipa multidisciplinar, em passagens de turno e em reuniões multidisciplinares, à medida que fosse sendo oportuno.

Outra atividade que me propunha a realizar prendia-se com a **consulta de normas e procedimentos** relativos à gestão da dor e à promoção do conforto. Esta atividade viu-se inviabilizada dado a inexistência deste tipo de documentos, tendo sido informada que se encontravam em desenvolvimento, nomeadamente um acerca da avaliação e tratamento da dor. Optei por consultar os formulários e instrumentos de apoio ao processo de enfermagem. Constatei que, nesta unidade a escala de eleição para avaliação da intensidade da dor em pessoas não comunicantes e sem capacidade para realização de uma autoavaliação é a PAINAD e que a escala de autoavaliação predefinida é a EAN e de seguida a escala qualitativa, considerando a seleção das escalas adequada e de acordo com a evidência (Batalha et al., 2012; Hjerstad et al., 2011; Ritto e Rocha, 2017). Por outro lado, não foi verificada a existência de escalas de avaliação multidimensionais. Dado este local ser direcionado ao controlo de vários sintomas, entre outros aspetos já mencionados, a aplicação de instrumentos na área da dor é mais restrita comparativamente ao local de estágio anterior. De qualquer modo, atendendo à tipologia das pessoas internadas e à consequente dor crónica

associada, achei pertinente sugerir a inclusão de uma escala que contemplasse a multidimensionalidade da dor crónica no procedimento em desenvolvimento.

Verifiquei ainda a existência do plano individual de cuidados que compreende um registo das necessidades identificadas pela equipa multidisciplinar, assim como a intervenção desenvolvida e a avaliação da intervenção. É ainda aplicada a escala de Edmonton, escala amplamente utilizada em contexto de cuidados paliativos, revelando-se uma ferramenta útil na deteção de sintomas descontrolados de forma a direcionar a intervenção da equipa multidisciplinar, permitindo, com a continuação da sua aplicação, monitorizar a evolução desses sintomas (Bruera, Kuehn, Miller, Selmser e Macmillan, 1991).

Passei então à **observação das práticas realizadas** pela equipa de enfermagem, quer ao nível da gestão da dor crónica, quer ao nível da promoção do conforto. A intervenção desta equipa de enfermagem destaca-se pela atenção ao detalhe. Pelo que, momentos associados à satisfação de necessidade humanas básicas como, a prestação de cuidados de higiene e a ingesta das refeições, são vividos com proximidade e franca disponibilidade. Atender à individualidade da pessoa é uma preocupação constante. Os ritmos, preferências e necessidades destas sobrepõe-se a qualquer rotina, que muitas vezes se verifica em unidades que impliquem internamento. Constatei que os cuidados prestados pela equipa de enfermagem se regem pelo desenvolvimento de ações com o intuito de promover o conforto nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003), pelo que muitas das intervenções observadas têm por base a utilização de estratégias não farmacológicas, sendo a avaliação da sua eficácia tida em atenção, mas limitada à observação ou aplicação de escalas de avaliação de sintomas físicos, como a de Edmonton ou PAINAD.

A promoção do conforto não se cinge à pessoa internada, estendendo-se aos familiares e cuidadores, pois estes, devido à situação complexa e de dependência em que os seus entes queridos se encontram, estão por norma visivelmente exaustos, quer a nível físico, quer a nível emocional, pois, tal como Kolcaba (2003) refere, o conceito de pessoa a carecer de cuidados de saúde e de ações promotoras de conforto engloba o indivíduo, a família e a comunidade. As práticas aqui observadas vão ao encontro do que é definido como cuidados paliativos, cuidados de saúde coordenados e globais prestados por equipas especializadas a pessoas em situação de sofrimento resultante de doenças

graves, em fase avançada e progressiva, abrangendo estes cuidados os familiares ou cuidadores, tendo como principal intuito aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

A história de dor crónica da pessoa é relatada na avaliação inicial de enfermagem, e a intensidade da dor é avaliada e registada pelo menos uma vez por turno, e sempre que ocorre necessidade de reavaliação após alguma intervenção. Estes aspetos vão ao encontro da boa prática descrita no enquadramento teórico deste relatório.

Para dar cumprimento ao segundo objetivo específico, **prestar cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica com dor crónica**, foi desenvolvida a atividade **prestação de cuidados de enfermagem** a 4 pessoas com dor crónica não controlada. De forma a organizar a minha prática, optei por utilizar, no primeiro contacto com a pessoa o instrumento para a estruturação da entrevista de enfermagem à pessoa com dor crónica (Apêndice 6), desenvolvido no estágio anterior, como fio condutor da avaliação da história de dor e consequente levantamento das suas necessidades. Dado este já contemplar a avaliação do conforto, senti apenas necessidade de utilizar o campo de “observações” para registar as intervenções desenvolvidas e o resultado da avaliação da sua eficácia, medido por uma nova avaliação das intensidades da dor e do conforto. Em caso de novo episódio de dor, recorria-se apenas aos pontos do instrumento considerados necessários, pois elementos como, por exemplo, a história clínica e o esquema terapêutico em curso já se encontravam identificados.

No decorrer do estágio foram prestados cuidados no âmbito da gestão da dor crónica a todas as pessoas que apresentaram o sintoma, 4 pessoas diferentes, das quais apenas 2 possuíam doença oncológica, tendo sido apenas observados 9 episódios de dor. Os dados referentes os estes episódios podem ser consultados em apêndice (Apêndice 11).

Em dois destes episódios verificou-se a redução da intensidade da dor apenas através da implementação de estratégias não farmacológicas, já os outros sete comportaram a utilização de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A reavaliação das intensidades da dor e do conforto foi assegurada em todas as situações, sendo que houve uma redução da intensidade da dor e um aumento do conforto em todas elas. Importa ressaltar que durante o estágio não foi admitida nenhuma pessoa por descontrolo da dor.

Relata-se a intervenção realizada num destes episódios, tratava-se de uma sr.^a de 79 anos, com história de dor crónica oncológica na região lombar, com os diagnósticos de colangiocarcinoma peri-hilar e neoplasia da transição reto-sigmóideia, com metastização hepática e óssea. Num determinado dia ao entrar no quarto percebi que a sr.^a tinha dor, apresentava olhos semicerrados e os lábios contraídos, mas quando questionei a presença da mesma disse-me: “não é nada, não se preocupe” (SIC). Sentei-me numa cadeira junto da cama, segurei-lhe a mão e mostrei total disponibilidade para a escutar e auxiliar a ultrapassar a sua dor e as suas preocupações, senti que naquele momento com aquela simples intervenção se tinha estabelecido uma relação de confiança.

A conversa foi longa, tendo permitido uma intensa partilha de sentimentos e preocupações, associados à sua família, aos seus desejos, ao significado que dava à sua doença e à sua dor. De fé católica, verbalizou que no início da doença se sentiu revoltada com Deus, mas agora interpretava a doença como uma provação à qual não tinha respondido da melhor forma, pelo que acreditava que suportar a dor lhe permitia alguma redenção. Respeitando as suas crenças e valores, mencionei que estava disponível na instituição um serviço de apoio espiritual, mas que se desejasse também poderia ser solicitada a visita de um padre, o que aceitou num momento posterior da conversa mencionando que precisava muito de se confessar. Expôs que tinha dedicado a vida à família, mas sentia que esta dedicação não estava a ser retribuída, referindo que os familiares estavam menos presentes do que desejava e não compreendiam a gravidade da sua doença, mencionando o desejo de ter os filhos reunidos na sua presença quando o seu final se aproximasse, mas não sabia como lhes dizer tal coisa.

Após a conversa, questionei se seria possível realizar a avaliação da dor, o que assentiu, tendo sido aplicado o instrumento da entrevista de enfermagem em todos os pontos considerados oportunos, ressalva-se a referência a dor na região lombar, sem irradiação, constante, tipo moinha, de intensidade 6 na EAN, agravando à mobilização e em decúbito dorsal, e aliviando com o repouso e o posicionamento em decúbitos laterais. Quando aplicada a escala visual do desconforto, pontuou-se em 7, mencionando que anteriormente ao nosso diálogo se teria pontuado em 10 e que o facto de se sentir ouvida e de sentir que se preocupavam com ela lhe tinha fornecido alguma paz. Com a sua concordância, foi promovido o fármaco de resgate prescrito, o posicionamento no decúbito que

preferiu, adaptada a luz, temperatura e o ruído do quarto. Após cerca de 30 minutos, foi reavaliada a intensidade da dor e do desconforto autoavaliou-se em 2 e 5, respetivamente, mostrando a eficácia da intervenção desenvolvida.

Posteriormente, foi abordada a família no sentido de perceber a sua disponibilidade para estarem mais presentes. Estes referiram que quando estavam com a sr.^a falavam sobre temas triviais com receio de que ela percebesse que estava muito doente, assim como entendesse o sofrimento por eles vivenciado por vê-la naquela condição, acrescentando ainda que não iam tantas vezes quanto desejado devido à distância e a alterações na atividade laboral. Informei-os de que a sr.^a tinha uma perceção da doença mais real do que pensavam e que poderia ser positivo para todos se conversassem de forma franca e aberta, o que posteriormente acabaram por conseguir fazer.

Dado implicar a satisfação das necessidades em diversos contextos, o conforto é um estado subjetivo que só pode ser compreendido e abordado se for interpretado atendendo às particularidades da pessoa, adequando os cuidados prestados às suas necessidades individuais (Kolcaba, 2003). Considero que esta intervenção decorreu de acordo com o defendido por Kolcaba (2003) pois foi possível aumentar o conforto através da promoção do estado de alívio e de tranquilidade, assim como auxiliar a alcançar a transcendência, tendo a intervenção interferido no contexto físico por aliviar a intensidade da dor, no contexto ambiental por providenciar um ambiente mais calmo, no psicoespiritual por promover suporte emocional e disponibilizar suporte religioso e, no contexto sociocultural através do envolvimento da família.

Esta intervenção também proporcionou que a sr.^a relatasse a sua dor noutros episódios e aceitasse com outro alento o desenvolvimento de intervenções direcionadas à gestão da dor. Deste modo, posteriormente foi possível titular adequadamente o opióide de base, assim como implementar estratégias não farmacológicas mais diversificadas. Assim, em dois dos episódios de dor por mim presenciados, num recorreu-se à utilização das fotografias trazidas pela família como técnica de distração e noutro ao relaxamento proporcionado pela utilização de musicoterapia própria para o efeito.

A complexidade da gestão da dor crónica, assim como da promoção do conforto, está mais evidenciada nas pessoas internadas nesta unidade em comparação aos outros contextos por mim conhecidos pelo que necessitei de

desenvolver a capacidade de estar ainda mais alerta e atenta aos pormenores. A forma como a pessoa percebe a sua dor, o significado que lhe atribui, associados à confrontação com a sua própria vulnerabilidade, obrigaram-me a desenvolver, também, uma maior sensibilidade na abordagem deste sintoma. Assim, aceder ao conhecimento da história pessoal destas pessoas verificou-se ser um processo moroso, implicando, não só disponibilidade temporal, como também disponibilidade emocional. À medida que a doença progride, muitas pessoas lutam com questões existenciais como o significado da vida, da morte, da doença e do sofrimento (Cipta et al., 2015). Deve, então, existir um conhecimento acerca da forma como a dor interfere na vida da pessoa e família, qual o seu significado e qual o sentimento de controlo sobre a mesma, de forma a contribuir para o alívio do sofrimento (Diniz e Naves, 2017).

Dificuldades sentidas na gestão de uma situação em particular levaram-me à realização de uma reflexão (Apêndice 12). Nesta situação ficou visível o que alguns autores referem (Sullivan e Ballantyne, 2016), a dor e o sofrimento são muitas vezes confundidos devido à dor física ser acompanhada de grande sofrimento, o que se deve, não apenas à sua intensidade, mas ao impacto que esta dor possui na integridade da pessoa e no seu projeto de vida.

Considero que com a realização destas atividades foi possível demonstrar o desenvolvimento de competências na promoção do ambiente, físico, psicossocial, espiritual e cultural gerador de segurança; na otimização do processo de cuidado, melhorando a informação e a variedade de soluções a oferecer, colaborando na tomada de decisão (OE, 2010); na identificação das necessidades decorrentes de patologia crónica, implementação de intervenções estruturadas e avaliação dos resultados encontrados com base nas respostas da pessoa (OE, 2018); na valorização das necessidades psicossociais e espirituais da pessoa; na promoção de suporte emocional; no uso de intervenções baseadas na evidência para gerir questões físicas, psicológicas, sociais e existenciais consequentes da doença oncológica (EONS, 2018).

Atendendo que uma abordagem estruturada dos cuidados de enfermagem, que ambicione uma redução ou eliminação da dor, e consequente aumento do conforto, deve ser um dos objetivos primordiais dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica (Arslan et al., 2014) defini como atividade a elaboração de um **Fluxograma de Gestão da Dor Crónica** (Apêndice 13).

O fluxograma encontra-se dividido em três partes, avaliação, intervenção e reavaliação. A avaliação da história de dor contempla os inúmeros aspetos previamente descritos no capítulo do enquadramento teórico, a intervenção abrange a intervenção farmacológica e não farmacológica e por fim dá-se foco à reavaliação da eficácia das intervenções realizadas.

Este fluxograma é uma síntese dos conhecimentos por mim adquiridos ao longo deste percurso, num procedimento orientador da intervenção prática fundamentado na evidência científica, e que funciona como uma ferramenta de apoio à sistematização dos cuidados para a gestão da dor crónica. Ao longo do desenvolvimento deste instrumento o *feedback* da enf.^a orientadora foi sempre muito positivo, tendo sido solicitado pela mesma que um exemplar deste fosse colocado na sala de enfermagem para consulta da equipa.

Com esta atividade penso ter demonstrado que a minha prática é suportada na investigação e no conhecimento e, habilidade em orientar tarefas garantindo a segurança da qualidade (OE, 2010).

2.3. Num serviço de Internamento de Medicina Interna

Este estágio teve como objetivo geral **promover a melhoria dos cuidados de enfermagem na gestão da dor crónica da pessoa com doença oncológica pela equipa de enfermagem**. De modo a alcançar este objetivo foram definidos os objetivos específicos: **contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem na gestão da dor crónica da pessoa com doença oncológica; prestar cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica com dor crónica**.

Este internamento é especializado na prestação de cuidados a pessoas com episódios agudos de patologias de diversas especialidades médicas, mas também recebe pessoas com patologias do foro cirúrgico. É fisicamente dividido em duas alas que compreendem 34 unidades, repartidas entre quartos duplos e individuais, com casa de banho privativa e televisão, duas salas de banho assistido, duas salas de estar, duas salas de tratamentos, duas salas de preparação de terapêutica e diversos gabinetes. É composto por uma equipa de trinta e três enfermeiros, sendo um especialista, uma assistente social, uma

nutricionista e uma extensa equipa de médicos, maioritariamente de medicina interna, mas também de outras especialidades médicas e cirúrgicas que não se encontram fisicamente alocados no serviço.

De forma a dar resposta ao primeiro objetivo específico, **contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem na gestão da dor crónica da pessoa com doença oncológica**, foram desenvolvidas diversas atividades. No início do estágio foi realizada uma **reunião com a enf.^a chefe do serviço**, especialista em enfermagem de reabilitação, que concomitantemente assumiu o papel de enf.^a orientadora do estágio. Esta já conhecia o projeto tendo manifestado agrado e interesse pelo mesmo e dado o seu total apoio. Pelo que esta reunião teve como objetivo dar a conhecer as atividades que me propunha realizar e debater a forma como as mesmas poderiam ser otimizadas.

Inicialmente estava planeada uma sessão de apresentação formal do projeto à equipa de enfermagem, mas durante esta reunião concluiu-se que seria mais produtivo fazê-la par a par, não só porque alguns enfermeiros já o conheciam, como desta forma se criava uma situação de maior proximidade com os pares permitindo um esclarecimento mais personalizado. Nesta reunião foi ainda decidido que, atendendo à multidimensionalidade da dor crónica, o projeto seria sucintamente apresentado à equipa médica. Embora com alguma renitência inicial da minha parte, atendendo à extensão e frequente rotação dos clínicos de apoio ao serviço, associado ao facto de a sua presença física ser apenas nos períodos de visita. Mas sabendo que esta apresentação era imprescindível para que verdadeiramente se alcançasse uma adequada gestão da dor crónica no serviço, em associação com a enf.^a chefe, foram sinalizados três clínicos que poderiam funcionar como uma *task force* deste projeto, tendo em conta a frequência no serviço e a aparente sensibilidade para a temática previamente demonstrada. Ficou ainda decidido a data, duração, local e meios de suporte informático necessários à sessão de formação, bem como o modo da sua divulgação à equipa de enfermagem.

A **apresentação do projeto** à equipa de enfermagem foi então realizada par a par, embora de aplicação mais morosa, verificou-se ser uma boa estratégia pois deu espaço para que fossem manifestadas dúvidas de atuação e necessidades formativas na gestão da dor crónica, que se tornaram um contributo valioso para realizar ajustes no conteúdo da sessão formativa a apresentar.

Foi ainda realizada a apresentação do projeto de intervenção aos três elementos da equipa médica previamente selecionados, também esta par a par, cuja implementação foi bem recebida. Foi demonstrado particular entusiasmo por um dos médicos que, não só enalteceu a importância e pertinência da temática tratada como, se voluntariou para colaborar com outros clínicos na otimização de esquemas terapêuticos analgésicos frequentemente complexos. Penso que estas atividades me permitiram desenvolver competências na dinamização do trabalho de equipa, estimulando a partilha e aceitando os contributos individuais para o processo de tomada de decisão, numa perspetiva interdisciplinar (OE, 2018).

Neste estágio foram desenvolvidas atividades de aprendizagem formal e informal, associadas à prestação de cuidados às pessoas com dor crónica internadas. Foi realizada uma **sessão de formação** denominada de “Intervenção de Enfermagem na Gestão da Dor Crónica da Pessoa com Doença Oncológica” para a qual todos os elementos da equipa de enfermagem foram convocados através do envio, via email, do respetivo plano de sessão (Apêndice 14). Esta sessão de formação (Apêndice 15) foi apresentada por duas vezes, a um total de 27 enfermeiros, o que corresponde a uma cobertura de 84% da equipa.

Durante a sessão de formação foi apresentado o Fluxograma de Gestão da Dor Crónica (Apêndice 13), do qual foi fornecido um exemplar tamanho A3 para afixar na sala de passagem de turno, e o Instrumento para a Entrevista de Enfermagem à Pessoa com Dor Crónica (Apêndice 7) através de um exemplar físico, os quais tiveram imediata aceitação. Foram ainda distribuídas escalas de autoavaliação da intensidade da dor, nomeadamente EAN e escalas qualitativas, para que cada enfermeiro tivesse as suas. Foi ainda realizada a apresentação física do Código Visual da Dor (Grünenthal, 2017) como ferramenta de apoio à identificação de descritores da dor (Apêndice 16) e da tabela de conversão de doses equianalgésicas dos opióides (Ritto et al., 2017) que pode ser consultada em anexo (Anexo 3), e transmitida a informação de que os mesmos iriam ficar disponíveis no gabinete da enf.^a chefe.

Na fase final da sessão foi promovida a discussão acerca das práticas desenvolvidas no serviço à luz dos conteúdos apresentados onde todos foram convidados a intervir, dando como exemplos práticos os casos de duas pessoas com dor crónica internadas no serviço à data.

Durante esta discussão percebeu-se que a tradução do conhecimento científico para a prática diária pode ser um desafio, mas houve a percepção geral de que os enfermeiros têm o dever de advogar em defesa da pessoa e de implementar a evidência na prática de cuidados, não permitindo que as suas atitudes influenciem negativamente a gestão da dor crônica da pessoa a quem prestam cuidados, tal como mencionam diversos autores (Brant et al., 2017; Gustafsson e Borglin, 2013; Schreiber, 2014).

Existiu uma afirmação que reuniu o consenso entre a audiência e mostra como esta sessão foi enriquecedora para a equipa: “Este momento de formação permitiu-me tomar consciência de atitudes menos positivas e de dificuldades sentidas no dia-a-dia. Haver a possibilidade de falar abertamente sobre isso e perceber que não são dificuldades individuais, mas transversais à equipa é muito positivo e contribui para que haja um esforço coletivo na melhoria de determinados comportamentos.” – Enfermeiro A.

No final da sessão formativa e de modo a ser possibilitada a sua avaliação por parte dos formandos, foi aplicado o instrumento de avaliação de sessões de formação em uso na instituição, o qual não foi autorizado revelar, que avalia diversos itens numa escala de Likert de 1 a 5, onde 1 é “Muito baixo” e 5 é “Muito elevado”. Indicam-se alguns dados, da classificação média alcançada em alguns dos itens: 4,9 na “importância e utilidade do tema na realização das suas atividades”; 4,8 na “efetividade das metodologias utilizadas”; 4,8 na “qualidade da abordagem ao tema”; 4,9 na “utilidade e organização dos materiais de apoio utilizados e distribuídos”; 5,0 na “definição inicial dos objetivos”; 4,8 na “exposição clara e precisa do conteúdo” e 4,8 na “motivação e incentivo à participação”.

Com esta atividade penso ter demonstrado a minha capacidade em comunicar conclusões, assim como os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, a especialistas e não especialistas de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei nº 74/2006). Foi possível contribuir para uma otimização do processo de cuidado, melhorando a informação e a variedade de soluções, colaborando na tomada de decisão (OE, 2010).

A presença e interação continuada com enfermeiros especialistas na gestão da dor têm grande importância na influência e na melhoria dos comportamentos (Bartoszczyk e Gilbertson-White, 2015), são por norma as pessoas indicadas para conduzir nos serviços programas educacionais que

englobam para além de sessões de formação, a produção de folhetos, posters e atos de supervisão clínica (Song, Eaton, Gordon, Hoyle, Doorenbos, 2015). Neste sentido, passei de forma constante a desenvolver **atos de supervisão clínica**.

A supervisão clínica é um processo promotor do desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro, assim como do desenvolvimento da organização onde se insere, levando consequentemente à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas (Macedo, 2012). Este processo proporciona aos enfermeiros o desenvolvimento de capacidades de reflexão para, na e sobre a ação, através do pensamento em torno de experiências clínicas de forma a aprofundar a sua compreensão e a identificar oportunidades de melhoria, facilitando o processo de tomada de decisão dos enfermeiros quando deparados com problemas ou dificuldades na sua prática (Alarcão e Tavares, 2013; Macedo, 2012), devendo ter um modelo concetual subjacente para garantir a sua eficácia (Pires, Santos, Pereira e Rocha, 2016). O modelo de Proctor, auxilia a gerir este processo tendo por base o desenvolvimento de três dimensões funcionais complementares: a função formativa, que estimula o desenvolvimento de conhecimentos, de habilidades e de competências através da reflexão regular acerca da prática desenvolvida; a função restaurativa, que proporciona suporte às respostas emocionais do supervisionado; a função normativa, um meio de promover a eficácia e a responsabilidade profissional (Turner e Hill, 2011).

Foram desenvolvidos atos como a observação das práticas desenvolvidas pelos colegas na gestão da dor crónica que decorriam ao longo dos turnos, verificando junto dos mesmos ou das pessoas, se as intervenções realizadas eram adequadas e eficazes. Dei também atenção aos aspetos acerca da pessoa e da sua dor que eram mais valorizados ou descurados aquando da prestação de cuidados ou transmissão de ocorrências. Recorri frequentemente à utilização do *feedback* atempado e construtivo atendendo ao que era observado, dado preferencialmente de forma individualizada, fornecendo uma orientação clara da forma como o colega poderia melhorar a sua intervenção. Ao longo do período de estágio observei uma crescente melhoria na qualidade da informação transmitida durante as passagens de turno e descrita nos registos de enfermagem, que se tornaram mais claros e completos, assim como uma sistematização mais efetiva dos cuidados prestados pela equipa.

O desenvolvimento do processo de tomada de decisão dos pares também foi tido em consideração, concretizado pelo incentivo à reflexão e ao uso do pensamento crítico, como por exemplo, através da promoção de 4 debates em passagens de turno distintas, acerca do impacto que determinadas intervenções decorridas tiveram na pessoa e que outras podiam ter sido desenvolvidas, atendendo à melhoria da qualidade dos cuidados, desafiando e encorajando a que se encontrassem soluções. Verificou-se com o passar do tempo uma maior assertividade e fundamentação nas opiniões apresentadas, assim como um maior espírito crítico relativamente aos esquemas terapêuticos prescritos.

Uma das situações em que tal ocorreu prendeu-se com caso de uma sr.^a de 93 anos, residente em lar, trazida ao serviço de urgência no dia anterior por dispneia e agravamento do estado de consciência, internada com o diagnóstico de pneumonia de aspiração. Como antecedentes clínicos apresentava neoplasia do colón ascendente diagnosticada quatro meses antes sem indicação cirúrgica dadas as comorbilidades, insuficiência cardíaca congestiva, doença de alzheimer acidente vascular cerebral em 2014 com hemiparesia esquerda sequelar.

Mantinha prescrito o esquema analgésico que previamente realizava no lar: Paracetamol 1g, comprimido oral de 8/8h, Hidromorfona 4mg, comprimido de 12/12h e, como fármaco de resgate, Sulfato de Morfina 10mg, comprimido de ação rápida. Na documentação proveniente do lar a única informação descrita relativamente à dor era uma menção a “dor controlada”.

Na passagem de turno o colega informou que durante a noite se tinham verificado dois episódios de dor abdominal, sem irradiação, agravando à mobilização e aliviando em repouso, contínua, tipo facada de intensidades de 8 e 7 na escala CNPI, necessitando de realizar o fármaco de resgate com o qual apresentou melhoria, tendo as intensidades reavaliadas sido de 2 e 1, respetivamente. Informou que atendendo à intensidade de dor da sr.^a e ao que havia sido transmitido na sessão de formação, considerava que este esquema terapêutico necessitava de ser revisto, após verificar o mesmo considerei que era pertinente que este fosse discutido por todos os presentes.

Assim, questioneei o que consideravam dever ser corrigido naquele plano terapêutico. Reconheceram o facto da hidromorfona ser um fármaco de libertação prolongada em 24h pelo que deveria estar prescrito apenas uma vez por dia e não duas, embora correto, referi não ser viável neste caso em particular. Interroguei,

então, que particularidade podia ter este aspeto observando a condição atual da sr.^a, identificaram que o compromisso da via oral e consequente presença de sonda nasogástrica certamente teriam comprometido a eficácia deste fármaco de libertação prolongada onde o fracionamento está contraindicado, deste modo consideraram que se impunha a necessidade de rodar o opióide de base. Questionei, então, como tal poderia ser feito. Assertivamente mencionaram o uso da tabela de doses equianalgésicas e, notando que a potência analgésica da morfina oral é cinco vezes inferior à da hidromorfona (Ritto et al., 2017), rapidamente calcularam que em substituição das 8mg diárias de hidromorfona poderiam ser utilizadas 40mg de morfina via oral ou 20mg de morfina via subcutânea, devidamente repartidas pelas 24h. Nunca descuraram que as tabelas de doses equianalgésicas servem de linha orientadora, devendo os ajustes e rotações ser feitos de forma pautada e caso a caso. Chamei ainda à atenção para a dose de resgate, tendo estes concluído que a mesma era demasiado elevada em função da terapêutica opióide basal prescrita, dado esta dever variar entre 10 a 20% da dose total diária do mesmo (NCCN,2018).

A enfermeira com responsabilidade de prestar cuidados à sr.^a naquele turno, referiu que aquela discussão fez com que se sentisse confiante e motivada para abordar o médico assistente no sentido de alterar o esquema terapêutico, coisa que previamente à implementação do projeto confessou temer fazer, sentimento este que também foi partilhado pelos restantes colegas presentes.

Foram ainda realizadas atividades que permitiram manter e monitorizar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros da equipa, nomeadamente, através da sinalização dos 8 episódios de dor relatados em passagens de turno e posterior confrontação destas descrições com os registos de enfermagem, assim como a sinalização de 4 admissões de pessoas com terapêutica analgésica de base de modo a verificar a descrição da história de dor nos registos e em caso de se encontrar incompleta alertar o colega em causa, procedendo-se à identificação e registo dos aspetos em falta, mediante a situação.

Todos estes atos foram desenvolvidos tendo por base a promoção de um ambiente de suporte e confiança, mostrando-me sempre disponível para esclarecer dúvidas e fornecer o acompanhamento necessário. Tendo sido a minha opinião solicitada pelos pares em cerca de 30 episódios de dor, dos quais 20

referentes a dor crónica oncológica, ocorridos em 16 pessoas diferentes durante o período do estágio.

Considero que ficou demonstrada a evidência do meu desenvolvimento profissional, e da promoção da aprendizagem dos pares (EONS, 2018), assim como do desenvolvimento de competências na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e na orientação e supervisão de tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (OE, 2010).

Relativamente ao segundo objetivo específico, **prestar cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica com dor crónica**, para além das pessoas que, de forma direta ou indireta, cuidei através da supervisão e apoio dos pares, **prestei cuidados** na gestão da dor crónica a 7 pessoas com doença oncológica, num total de 10 episódios.

Um desses episódios decorreu com um sr. de 63 anos de idade, com o diagnóstico de neoplasia do pulmão com metastização óssea, com antecedentes clínicos de diabetes mellitus tipo II não insulinotratada, hipertensão arterial e antecedente pessoal de consumo tabágico de 20 unidades/dia há cerca de 22 anos. Internado duas semanas antes por progressão da sua doença e com consequente agravamento do seu estado de dependência. O sr. encontrava-se no leito, apresentando-se orientado na pessoa e no espaço, mas desorientado no tempo, inquieto, a emitir discurso escasso e alguns gemidos. Questionado da presença de dor e após resposta afirmativa apliquei a EAN no sentido de avaliar a intensidade da sua dor, mas para a qual não se mostrou colaborante, dada a impossibilidade em realizar uma autoavaliação foi aplicada a escala CNPI, tendo resultado numa pontuação de 7. Quanto a outras características da dor apenas me foi possível perceber que surgia de forma intermitente e se localizava na região dorso-lombar, do tipo moinha. Aquando da transmissão de ocorrências já havia sido referido o surgimento de episódios de dor semelhantes na semana anterior que conduziram ao ajuste da dose do analgésico de base, relatando-se como fatores de agravamento a mobilização e fatores de alívio o posicionamento em decúbito lateral esquerdo e a administração do resgate prescrito. Dada a escassa colaboração do sr. mencionei se estes fatores previamente identificados estavam presentes, tendo tido a sua anuência.

Assim, procedi ao desenvolvimento de estratégias não farmacológicas através do posicionamento terapêutico no decúbito preferencial e da adaptação

do ambiente, reduzindo o som da televisão e diminuindo a luz do quarto de forma a proporcionar um ambiente mais sereno. Seguidamente providenciei o fármaco opióide de resgate, percebendo que o acesso subcutâneo não se encontrava permeável informei o sr. da situação e que tal implicaria a colocação de um novo cateter subcutâneo o que gerou uma reação negativa por parte do mesmo tendo verbalizado repetidamente “mais agulhas não” (SIC). Embora a execução desta técnica fosse a forma mais rápida de reduzir a dor e promover o conforto através do alcance do alívio no contexto físico, dada a rápida disponibilidade com que tal podia ser providenciado, esse não era o seu desejo. Atendendo à defesa da liberdade e da dignidade desta pessoa, considerei que sendo esta a sua vontade, a mesma teria de ser valorizada e respeitada. Deste modo, contactei telefonicamente o seu médico assistente expondo a situação e fundamentando a necessidade de reajuste da via do opióide de resgate. Este considerava que o resgate prescrito era o mais indicado mostrando-se pouco disponível para fazer alterações. Foi necessário argumentar de forma firme, confiante e assertiva para que a sua opinião mudasse, aceitando fazer a rotação do opióide para um de via sublingual. Posteriormente, reavaliei a intensidade da dor através da mesma escala tendo obtido uma pontuação de 0.

Tal como menciona Benner (2005) as pessoas necessitam que o enfermeiro aja em sua defesa, funcionando como mediador entre a pessoa e o seu médico. Considero que a minha atuação foi ao encontro do descrito na literatura quer pela seleção adequada da escala de avaliação da intensidade da dor, quer pela preocupação em avaliar as restantes características da dor, assim como pela promoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão deste episódio de dor crónica (Brant, 2014; CCO, 2012; NCCN 2018). Considero que com esta atuação ficaram demonstradas competências ao nível do reconhecimento e suporte de pessoas vulneráveis (EONS, 2018), da tomada de decisão ética e, da otimização da resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar (OE, 2010).

Outro episódio tratava-se do caso de uma senhora sr.^a de 74 anos internada há cerca de três semanas com o diagnóstico de carcinoma pavimento celular do colo uterino, com envolvimento retroperitoneal e metastização hepática. Aquando de uma deslocação ao quarto perguntei-lhe se estava tudo bem, ao que ela me respondeu que sim. Perante o tom da resposta dela e pela a expressão utilizada,

senti que havia algo que de errado, talvez alguma preocupação que a deixasse triste ou ansiosa. Decidi então insistir, questionando se havia alguma coisa em que a pudesse ajudar. A sr.^a começou a chorar referindo: “amanhã vem cá a minha filha com o meu netinho, gostava muito de os ver, mas acho que lhes vou dizer para não virem...” (SIC).

Uma vez que já conhecia a história clínica, pessoal e familiar desta sr.^a, intuitivamente percebi qual era a sua grande preocupação. Na véspera, não tinha tolerado o levante para o cadeirão, referindo uma dor de intensidade 7 na EAN da qual, apesar da terapêutica de resgate, só tinha sentido melhoria significativa após regressar ao leito. No sentido de confirmar a minha intuição, perguntei se a sua preocupação se prendia com o facto do seu neto, que não via desde que tinha sido internada, a ver numa condição mais debilitada e confinada ao leito. Confirmou-me que era esse o problema, que não queria que o seu neto a visse assim, para não ficar com essas recordações, mas que, por outro lado, não queria perder esta oportunidade de estar com ele. Penso que importa ressaltar que o que engloba o facto desta sr.^a passar muito tempo no leito, não se resumia ao mero significado de estar deitada numa cama, mas sim à mudança negativa associada ao agravamento do seu estado geral e da sua doença.

Considereei que podíamos antecipar o problema e atuar em conformidade. Assim, decidi propor-lhe que, caso ela concordasse, iria agendar a hora de chegada com a sua filha de forma a promover a administração de um resgate atempado e efetuar o levante para o cadeirão em conformidade com essa mesma hora. Para além disso, disponibilizei-me a passar pelo quarto várias vezes durante a visita e, caso ela sentisse algum desconforto, providenciaria uma forma dissimulada de encurtar o tempo da visita. Ela concordou com a minha proposta ficando visivelmente aliviada e manifestamente agradecida.

No dia seguinte, no sentido de fazer todos os possíveis para diminuir a intensidade da dor e proporcionar um momento de conforto, tomei mais algumas iniciativas. Assim, após os cuidados de higiene, com a sua concordância, vesti-lhe uma camisa que tinha no armário, em vez do habitual pijama hospitalar e, como eu já sabia que sempre que o neto a visitava no domicílio esta o presenteava com uma guloseima, providenciei um chocolate para que ela lhe pudesse oferecer, proporcionando assim um ambiente o mais próximo possível daquilo que era o habitual para o seu neto.

Tudo foi feito conforme combinado e das várias vezes que passei no quarto, durante o tempo em que decorreu o encontro, foi visível a sua alegria. Não houve necessidade de interromper a visita e no final, quando interrogada da intensidade de dor máxima sentida durante aquele período mencionou a intensidade 2. Ressalvou o seu apreço pela minha intervenção e pelo momento de felicidade que esta lhe tinha proporcionado.

Este caso mostra a importância de mobilizar todos os recursos disponíveis, sejam eles farmacológicos ou não, para gerir a dor crónica oncológica e promover o conforto pois, mesmo em situações complexas pequenas intervenções podem ser muito diferenciadoras. Os resultados alcançados com as intervenções desenvolvidas dependem da nossa disponibilidade para nos envolvermos com aquela pessoa e a sua história de vida. Só quando atendemos a uma pessoa na sua globalidade é que podemos de facto apreciar a importância do contributo da enfermagem para o conforto da pessoa (Benner, 2005) Considero que com esta intervenção, não só a intensidade da dor foi controlada como, promovi o conforto nas suas necessidades de alívio e tranquilidade, nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental mencionados por Kolcaba (2003).

Penso que com a realização desta atividade no âmbito da prestação de cuidados ficaram demonstradas competências na gestão de processos terapêuticos de prevenção, estabilidade e manutenção de situações decorrentes de doença crónica; na identificação das necessidades da pessoa com doença incurável e dos seus cuidadores; na promoção de intervenções baseadas na evidência junto da pessoa com doença em fase avançada respeitando as suas preferências; na negociação de metas de cuidados mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico; no reconhecimento dos efeitos da natureza do cuidar na pessoa e nos seus familiares, respondendo de forma eficaz (OE, 2018); na promoção de intervenções adequadas para promover o conforto e a dignidade (EONS, 2018).

Por fim, foi concretizada uma atividade para avaliar a eficácia da globalidade da intervenção por mim desenvolvida. Deste modo, foram realizadas **auditorias aos registos de enfermagem da dor** após implementação do projeto de intervenção. A metodologia (Apêndice 1) seguiu os mesmos procedimentos do momento de auditoria de diagnóstico de situação.

Os resultados destas auditorias (Apêndice 17) permitem concluir que a intervenção promoveu uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A confrontação dos resultados dos indicadores em ambos os momentos (Quadro 1) são prova disso mesmo. Os indicadores são uma forma de mensuração objetiva daquilo que se pretende conhecer (Castanheira, Naves, Santos, Lameiras e Faustino, 2015). No indicador 1, taxa de registo contínuo da avaliação da intensidade da dor, a taxa de conformidade de 100% manteve-se; no Indicador 2, taxa de conformidade na seleção adequada da escala verificou-se um aumento de 61% da taxa de conformidade; no Indicador 3, taxa de registo das intervenções desenvolvidas em função da intensidade da dor, um aumento de 50%; e por fim, mas com um resultado bastante expressivo, o Indicador 4, taxa de registo da avaliação das intervenções desenvolvidas apresentou um aumento de 90% na taxa de conformidade.

Quadro 1- Resultados dos indicadores nos dois momentos de auditoria.

Indicadores		Resultados da auditoria	
		Inicial	Final
Indicador 1	Taxa de registo contínuo da avaliação da intensidade da dor	100%	100%
Indicador 2	Taxa de conformidade na seleção adequada da escala	29%	90%
Indicador 3	Taxa de registo das intervenções desenvolvidas em função da intensidade da dor	50%	100%
Indicador 4	Taxa de registo da avaliação das intervenções desenvolvidas	0,0%	90%

Ao analisar os resultados deste segundo momento de auditoria podemos encontrar outros aspetos dignos de ressalva. Um desses aspetos prende-se com o decréscimo da utilização da EAN em 38,7%, tendo sido utilizada apenas em 54,8% dos casos, o que consequentemente demonstra um notório aumento da utilização da escala de heteroavaliação CNPI, verificando-se uma adequação da escala à condição da pessoa em 74,2% dos casos. O número de registos de intensidade de dor encontram-se aumentados neste segundo momento de auditoria, algo facilmente justificável pelo facto de se considerar que no primeiro momento muitos dos registos eram omissos quanto a episódios de dor ocorridos. Pode ainda verificar-se que as pessoas com diagnóstico de doença oncológica

apresentam intensidades de dor superiores às restantes pessoas. Observa-se, também, que as intervenções desenvolvidas no tratamento da dor passaram a contemplar intervenções não farmacológicas.

Estes resultados encontrados vão ao encontro do defendido por vários autores (Bonkowski, Gagne, Cade, e Bulla, 2018; Eaton et al., 2017; Haumann et al., 2017; Known, 2014; Schreiber, 2014) que mencionam que o desenvolvimento de programas de educação para enfermeiros na área da gestão da dor crónica tem demonstrado ser eficaz a derrubar barreiras associadas à gestão deste sintoma, o que se traduz no aumento de confiança e eficácia aquando do desenvolvimento de intervenções, especificando que estes programas devem fornecer informação sobre instrumentos de avaliação, tratamento farmacológico, abordagens não farmacológicas, bem como sobre a importância de identificar as carências educacionais e de suporte emocional.

Considero que ficaram assim demonstradas competências na aplicação adequada de capacidades de liderança e de estratégias de gestão, sendo assegurada a avaliação do impacto destas nos cuidados prestados (EONS, 2018). Para além disso, a implementação deste projeto de intervenção demonstrou a minha capacidade de integrar conhecimentos, de lidar com questões complexas em situações de informação limitada e de refletir sobre as suas implicações (Decreto-Lei nº 74/2006) assim como avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, de planear e de liderar programas de melhoria contínua (OE, 2010).

3. AVALIAÇÃO

A avaliação deste projeto com intervenção promove a reflexão, não só acerca da sua eficácia como também, acerca das competências adquiridas ao longo deste percurso. As competências, que englobam a noção de cuidados de enfermagem eficientes e a capacidade de efetuar julgamento clínico, desenvolvem-se através da vivência de situações reais pondo em evidência o conhecimento adquirido (Benner, 2005). Descrever e fundamentar o que observamos e fazemos na prática providencia à enfermagem uma grande riqueza de conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento da teoria (Benner, 2005).

Deste modo, a concretização deste projeto, enquanto veículo do desenvolvimento profissional e da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornou possível adquirir competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em oncologia e em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente à pessoa em situação crónica e à pessoa em situação paliativa. Especialista, é o enfermeiro com conhecimento aprofundado numa área específica, com elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão, atendendo às respostas humanas, aos processos de vida e problemas de doença, que se traduzem em competências especializadas numa área de intervenção (OE, 2010). Este projeto permitiu, ainda, a aquisição de competências de mestre em enfermagem descritas na Lei de Bases do Sistema Educativo do Ensino Superior Português (Decreto-Lei n.º 74/2006).

As atividades desenvolvidas ao longo dos três locais de estágio, nos quais a avaliação obtida variou entre o muito bom e o excelente, permitiram-me compreender a complexidade inerente aos processos da gestão da dor crónica oncológica e da promoção do conforto, tal como a importância que uma visão holística e individualizada da pessoa tem nestes. É com sentimento vitorioso que constato que esta compreensão também já é partilhada pelos elementos da equipa de enfermagem onde me insiro, tendo esta adaptado a sua prática no sentido da sistematização e consequente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados neste âmbito, dando assim resposta aos problemas identificados inicialmente.

Assim, importa refletir sobre os pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças, deste projeto de intervenção. Como oportunidades observo a capacitação da equipa de enfermagem na gestão da dor crónica e a consequente melhoria dos cuidados prestados às pessoas com este sintoma.

Por seu lado, um dos pontos fortes prende-se com o facto de ter nascido de uma necessidade real, sentida não só por mim, mas por muitos elementos da equipa, permitindo que para além da enorme aceitação por desta, tenha grande utilidade prática. Também a aceitação do meu projeto e da minha pessoa nos locais de estágio foi impulsora das minhas aprendizagens promovendo o desenvolvimento de instrumentos como, o fluxograma de gestão da dor crónica e o instrumento para a entrevista de enfermagem à pessoa com dor crónica. Posteriormente a divulgação destes no último local de estágio permitiu fornecer à equipa ferramentas de apoio à sistematização da prática nesta área. Estes instrumentos podem ser aplicados transversalmente aquando da presença de dor crónica, não se restringindo apenas à população com doença oncológica, são de fácil acesso e apresentam um elevado grau de aceitação entre os pares que passaram a recorrer aos mesmos com frequência. O desenvolvimento de indicadores de resultado é igualmente considerado um ponto forte na medida em que permite, não só ter resultados da intervenção desenvolvida, mas também monitorizar a continuação e eficácia deste projeto ao longo do tempo.

Atendendo aos pontos fracos, observo a fragilidade inerente associada ao leque de escalas utilizadas, em particular a *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* e a *Comfort Behaviors Checklist* que, dado não possuírem uma versão validada para a língua portuguesa, levaram à utilização de propostas de tradução. Outro ponto fraco prende-se com o número reduzido da amostra das auditorias aos registos de enfermagem da dor, quer da de diagnóstico de situação, quer após implementação do projeto, pois embora mostrem uma evolução positiva na sua globalidade, limitam a análise de aspetos mais particulares.

Indico como ameaças a este projeto com intervenção o facto da equipa médica ser muito extensa e desta não estar fisicamente alocada no serviço, assim como à frequente rotação de enfermeiros na equipa, implicando em ambos os casos um esforço acessório para que a uniformização da prática se mantenha.

4. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde que mais tempo permanece junto da pessoa, deve desenvolver a capacidade de interpretar a dor crónica atendendo à sua multidimensionalidade, de forma a implementar intervenções eficazes que possibilitem uma adequada gestão deste sintoma. A realização deste projeto com intervenção possibilitou-me a oportunidade de explorar o fenómeno da dor crónica e do conforto, no que respeita à pessoa com doença oncológica. Neste percurso foram sentidas algumas dificuldades que foram, no entanto, ultrapassadas com uma atitude resiliente.

A implementação deste projeto revelou-se um grande desafio pessoal e profissional. Interferir positivamente nas práticas desenvolvidas pelos pares, aumentando os seus conhecimentos, derrubando barreiras e alterando comportamentos enquanto se alcançavam ganhos em saúde foi uma experiência, sem dúvida exigente, mas muito motivadora, enriquecedora e gratificante.

Para que a sua concretização fosse possível foram desenvolvidas diversas atividades das quais se ressaltam a criação do instrumento de auditoria aos registos de enfermagem da dor, do instrumento de colheita de dados para a entrevista de enfermagem à pessoa com dor crónica e do fluxograma de gestão da dor crónica e, ainda, realizados ciclos reflexivos de gibbs, sessões de formação em serviço e atos de supervisão.

Os frutos desta implementação podem ser observados recorrendo aos resultados dos indicadores das auditorias aos registos de enfermagem da dor, de diagnóstico de situação e após implementação da intervenção. No indicador 1, a taxa de conformidade de 100% manteve-se; no indicador 2 verificou-se um aumento de 61% da taxa de conformidade, no indicador 3 um aumento de 50%, e por fim, o indicador 4 apresentou um aumento de 90% na taxa de conformidade. A auditoria final mostrou uma seleção adequada à condição da pessoa da escala para avaliação da intensidade da dor em 74,2 % dos casos, um número expressivo quando comparado com os 29% iniciais. Também o registo das intervenções desenvolvidas passou a abranger intervenções não farmacológicas. Ressalta-se a importância da elaboração deste relatório enquanto vetor de divulgação destes resultados, da pertinência do projeto e do caminho percorrido com a aspiração de solucionar o problema identificado (Ruivo et al., 2010).

Os momentos de aprendizagem, sejam formais ou informais, devem ser regulares ao longo do tempo de forma a manter os seus efeitos positivos pelo que, considero ser essencial assegurar a manutenção dos mesmos de modo a garantir a continuidade deste projeto. Atendendo ao esforço acrescido que tal acarreta, prevê-se a criação de um grupo de trabalho na área da dor crónica no serviço, de forma a dinamizar e a dar visibilidade e continuidade aos ganhos alcançados, esperando-se que os elementos deste grupo de trabalho tenham um papel ativo no seio não só da equipa de enfermagem, como da equipa multidisciplinar. Este grupo será constituído por mim, e por mais duas enfermeiras, uma com formação avançada na área de oncologia e outra com particular interesse pela temática da dor crónica. Para além disso, estipulei com a enf.^a chefe do serviço a realização de auditorias semestrais aos registos de enfermagem da dor e a manutenção de atos de supervisão clínica como parte integrante das minhas atividades diárias.

De modo a atenuar o impacto da rotação dos enfermeiros da equipa na continuidade de cuidados prestados neste âmbito, defini que a replicação da sessão da formação seria realizada por mim sempre que o número de novos elementos fosse igual ou superior a quatro, e que dado o interesse manifestado por enfermeiros externos ao serviço estas passariam a ser abertas à totalidade dos enfermeiros da instituição.

A nível futuro espera-se que este projeto de intervenção sirva de ponto de partida para trabalhos futuros na área da qualidade dos cuidados de enfermagem na gestão da dor crónica e que possa, a seu tempo, ser transversal a todos os outros serviços de internamento do hospital onde se insere, não sendo este encarado como um fim, mas sim como um começo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahm, J., Moment, A. & O'Donnella, A. (2014). *A Physician's Guide to Pain and Symptom Management in Cancer Patients*. (3^a ed.). Baltimore: John's Hopkins University Press.
- Alarcão I.; Tavares, J. (2013). *Supervisão da Prática Pedagógica - Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Alnajjar, M., Darawad, M., Alshahwan, S., & Samarkandi, O. (2017). Knowledge and Attitudes Toward Cancer Pain Management Among Nurses at Oncology Units. *Journal of Cancer Education*, 12(65), 1-8. DOI: 10.1007/s13187-017-1285-5.
- Al Qadire, M. (2012). Patient-Related Barriers to Cancer Pain Management in Jordan. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 34(1), S28–S31. DOI:10.1097/MPH.0b013e318249ad34.
- Al Khalaileh, M. & Al Qadire, M. (2012). Barriers to Cancer Pain Management: Jordanian Nurses's Perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(11), 535-540. DOI:10.12968/ijpn.2012.18.11.535.
- Arden, V., Hurley, A. & Volicer, L. (2003). Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 9-15. DOI: 10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7.
- Arslan, D., Koca, T., Akar, E., Tural, D. & Ozdogan, M. (2014). Cancer Pain Prevalence and its Management. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(20), 8557-8562. DOI: 10.7314/APJCP.2014.15.20.8557.
- Arthur, J. & David, H. (2018). Safe Opioid Use. In Abrahm, J. (Editor). *Pain Control, An Issue of Hematology/Oncology Clinics of North America*, Philadelphia:

Elsevier. Acedido a 10-07-2018. Disponível em:
https://books.google.pt/books?id=LbpaDwAAQBAJ&pg=PT33&lpg=PT33&dq=PAINAD+scale+abrahm,+2014&source=bl&ots=qYP58Faji1&sig=aF2TEhdMJ_awRQjSFCL0qIpSxGs&hl=ptPT&sa=X&ved=2ahUKEwui18i2k fdAhUES4sKHV-GAZIQ6AEwCXoECAUQAQ#v=onepage&q&f=false

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017). *Diretório de Serviços de Cuidados Paliativos*. Acedido a 11/02/2018. Disponível em:
https://www.apcp.com.pt/uploads/Diretorio_APCP_2016_02_17.pdf

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). *A Dor*. Acedido a 10/07/2018. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>

Azevedo, L., Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., ... Lopes, J. (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreio e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. *Dor*, 15(4), 6-56. ISSN: 0872-4814.

Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., Castro-Lopes, J. (2013). A Population-based Study on Chronic Pain and the Use of Opioids in Portugal. *Pain*, 150(12), 2844-2852. DOI: 10.1016/j.pain.2013.08.022.

Bader, M. (2013). Herpes Zoster: Diagnostic, Therapeutic, and Preventive Approaches. *Journal Postgraduate Medicine*, 125(5), 78-91. DOI:10.3810/pgm.2013.09.2703.

Bartoszczyk, D. & Gilbertson-White, S. (2015). Interventions for Nurse-Related Barriers in Cancer Pain Management. *Oncology Nursing Forum*, 42(6), 634–641. DOI: 10.1188/15.ONF.634-641.

Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V. & Morgado, T. (2012). Adaptação Cultural e Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa

da Escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 7-16. DOI: 10.12707/RIII1294.

Benner, P. (2005) - De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. 2ª ed. Coimbra: Quarteto editora.

Bonkowski, S., Gagne, J., Cade, M., & Bulla, S. (2018). Evaluation of a Pain Management Education Program and Operational Guideline on Nursing Practice, Attitudes, and Pain Management. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(4), 178-185. DOI:10.3928/00220124-20180320-08.

Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J., ... Vicaut, E. (2005). Comparison of Pain Syndromes Associated with Nervous or Somatic Lesions and Development of a New Neuropathic Pain Diagnostic Questionnaire (DN4). *Pain*, 114(1-2), 29-36. DOI: 10.1016/j.pain.2004.12.010.

Breuer, B., Fleishman, S., Cruciani, R. & Portenoy, R. (2011). Medical Oncologist's Attitudes and Practice in Cancer Pain Management: A National Survey. *Journal of Clinical Oncology*, 29(36), 4769-4775. DOI:10.1200/JCO.2011.35.0561.

Brant, J. (2014). Pain. In Yarbro, C., Wujcik, D. & Gobel, B. (Editores). *Cancer Symptom Management* (pp.69- 91). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Brant, J., Eaton, L. & Irwin, M. (2017). Cancer-Related Pain: Assessment and Management with Putting Evidence Into Practice Interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(3), 4-7. DOI: 10.1188/17.CJON.S3.4-7.

Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M., Selmser, P. & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a Simple Method for the Assessment of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Care*, 7(2), 6-9.

- Burhenn, P., Olausson, J., Villegas, G. & Kravits, K. (2014). Guided Imagery for Pain Control. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 501-503. DOI:10.1188/14.CJON.501-503.
- Campbell, J. (2016). The Fifth Vital Sign Revisited. *Pain Journal Online*, 157(1), 3-4. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000413.
- Cancer Care Ontario (2012). *Guidelines on Management of Pain in Cancer and/or Palliative Care, Evidence Summary 18-4*. Acedido a 08/06/2017. Disponível em: <https://archive.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=384144>
- Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameira, M. e Faustino, S. (2015). *Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros, Dor 5º Sinal Vital*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa.
- Cipta, A., Pietras, C., Weiss, T. & Strouse, T. (2015). Cancer-relater Pain Management in Clinical Oncology. *The Journal of Community and Supportive Oncology*, 13(10), 347-355. DOI: 10.12788/jcso.0173.
- Cleeland, C. & Ryan, K. (1994). Pain Assessment: Global Use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 23(2), 129-138.
- Coelho, A., Bravo, M., Parola, V. & Apóstolo, J. (2016). Confort Experience in Palliative Care: A Phenomenological Study. *BMC Palliative Care*, (15) 71, 1-8. DOI:10.1186/s12904-016-0145-0.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2016). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2017-2018*. Acedido em 12/12/2017. Disponível a: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf

- Cornally, N., McLoughlin, K., Coffey, A., Weathers, E., Buckley, C., Mannix, M., ... Timmons, S. (2016). *Palliative Care for the Person with Dementia Guidance Document 5: Pain Assessment and Management*. Dublin: Irish Hospice Foundation.
- Costa, I., (2017). Neurofisiologia da Dor. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.59-80). Lisboa: Fundação Grünenthal.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março (2006). Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. Diário da República, I Série A, N.º 60 (24-03-2006). 2242-2257. Acedido a 17/12/2017. Disponível em: https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf.
- Dias, D., Santos, J., Raposo, C., Batalha, L., Ribeiro, A. & Ferreira, A. (2017). Obstipação Induzida Pelos Opióides em Doentes Oncológicos Adultos. *Revista Onco.News*. Acedido a 08/01/2018. Disponível em: https://www.aeop.pt/ficheiros/ON35_abst4.pdf
- Diniz, L. & Naves, F. (2017). Dor Crónica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.83-94). Lisboa: Fundação Grünenthal.
- Direção Geral da Saúde (2003). Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. *A Dor Como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Acedido em 16/05/2017. Disponível a: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Acedido a 08/10/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/pncdor-ra2010-jan-a-jul-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2010). *Orientações Técnicas Sobre o Controlo da Dor Crónica na Pessoa Idosa*. Acedido a 10/05/2017. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-controlo-da-dor/orientacoes-tecnicas.aspx>

Direção Geral da Saúde (2011). *Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Acedido a 10/05/2017. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Dor-como-5-Sinal-Vital-Registo-sistematico-da-intensidade-da-Dor.pdf>

Direção Geral da Saúde (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Acedido a 10/05/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>

Eaton, L., Meins, A., Mitchell, A., Voss, J. & Doorenbos, A. (2015). Evidence-Based Practice Beliefs and Behaviors of Nurses Providing Cancer Pain Management: A Mixed-Methods Approach. *Oncology Nursing Forum*, 42(2), 165-173. DOI:10.1188/15.ONF.163-173.

Eaton, L., Brant, J., McLeod, K. & Yeh, C. (2017). Nonpharmacologic Pain Interventions: A Review of Evidence-Based Practices for Reducing Chronic Cancer Pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(3), 54-70. DOI:10.1188/17.CJON.S3.54-70.

Etkind, S., Daveson, B., Kwok, W., Witt, J., Bausewein, C., Higginson, I., Murtagh, F. (2014). Capture, Transfer, and Feedback of Patient-centered Outcomes Data in Palliative Care Populations: Does it Make a Difference? A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 611-624. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2014.07.010.

European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework*. Acedido a 21/11/2018. Disponível em:

<https://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingFramework2018.pdf>

Everdingen, M., Hochstenbach, L., Joosten, E., Tjan-Heijnen, V. & Janssen, D. (2016). Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(6), 1070–1090.e9. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340.

Fairchild, A. (2010). Under-treatment of Cancer Pain. *Current Opinion in Supportive Palliative Care*, 4(1), 11-5. DOI:10.1097/SPC.0b013e328336289c.

Faustino, S. (2017). Aspetos Práticos Relacionados com o Controlo da Pessoa com Dor Crónica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.281-300). Lisboa: Fundação Grünenthal.

Feldt, K. (2000). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1), 13–21. DOI: 10.1053/jpmn.2000.5831.

Ferreira, J. & Vale, I. (2012). Entrevista com a Família. In Cardoso, M. (Coordenador). *Competências Clínicas de Comunicação* (pp.278-304). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Fink, R. & Brant, J. (2018). Complex Cancer Pain Assessment. In Abrahm, J. (Editor). *Pain Control, An Issue of Hematology/Oncology Clinics of North America*, Philadelphia: Elsevier. Acedido a 10-07-2018. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=LbpaDwAAQBAJ&pg=PT33&lpg=PT33&dq=PAINAD+scale+abrahm,+2014&source=bl&ots=qYP58Faji1&sig=aF2TEhdMJ_awRQjSFCL0qlpSxGs&hl=ptPT&sa=X&ved=2ahUKEw18i2k_fdAhUEs4sKHV-GAZIQ6AEwCXoECAUQAQ#v=onepage&q&f=false

Fishman, S., Young, H., Arwood, E., Chou, R., Herr, K., Murinson, B., . . . Strassels, S. (2013). Core Competencies for Pain Management: Results of an

Interprofessional Consensus Summit. *Pain Medicine*, 14(7), 971–981.
DOI:10.1111/pme.12107.

Grünenthal (2017). *Código Visual da Dor*. Acedido a 10-12-2017. Disponível em:
<https://www.dor.com.pt/codigo-da-dor/todos/pagina>

Guarda, H. (2006). *Adaptação Cultural e Linguística*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa. Acedido a 10-06-2017. Disponível em:
http://www.apcp.com.pt/uploads/doloplus_versao_portuguesa.pdf

Gupta, A. (2015). The Importance of Good Communication in Treating Patient's Pain. *AMA Journal of Ethic*, 17(3), 265-267.
DOI:10.1001/journalofethics.2015.17.3.sect1-1503.

Gustafsson, M. & Borglin, G. (2013). Can a Theory-based Educational Intervention Change Nurses' Knowledge and Attitudes Concerning Cancer Pain Management? A Quasi-experimental Design. *Bio Med Central Health Services Research*, 13(328), 1-11. DOI: 10.1186/1472-6963-13-328.

Haumann, J., Joosten, E. & Everdingen, M. (2017). Pain Prevalence in Cancer Patients: Status Quo or Opportunities for Improvement? *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 11(2), 99–104. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000261.

Hjermstad, M., Fayers, P., Haugen, D., Caraceni, A., Hanks, G., Loge, J., ... Kaasa, S. (2011). Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: a Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 1073-1093. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016.

International Association for The Study of Pain (2010). *Declaration of Montreal: Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right* Acedido em 10-05-2017. Disponível em <https://www.iasp->

[pain.org/files/Content/NavigationMenu/Advocacy/Brazil Portuguese Translation Dec of Montreal.pdf](http://pain.org/files/Content/NavigationMenu/Advocacy/Brazil_Portuguese_Translation_Dec_of_Montreal.pdf)

International Association for The Study of Pain (2011). *Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised). Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Part III Pain Terms*. Acedido a 10-05-2017.

Disponível em: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf

Jackson, E. (2011). *Evaluating Knowledge and Attitudes of Graduate Nursing Students Regarding Pain Management*. Tampa: University of South Florida.

Jorge, L., Feres, C. & Teles, V. (2011). Topical Preparations for Pain Relief: Efficacy and Patient Adherence. *Journal of Pain Research*, 4,11-24. DOI:10.2147/JPR.S9492.

Keenan, A. & Keithley, J. (2015). Integrative Review: Effects of Music on Cancer Pain in Adults. *Oncology Nursing Forum*, 42(6), E368-75. DOI:10.1188/15.ONF.E368-E375.

Kolcaba, K. (2002). *Comfort Behaviors Check List*. Acedido a 22-07-2017. Disponível em <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company. ISBN:0-8261-1633-7.

Kolcaba, K. (2010). *Comfort Questionnaires - Visual Discomfort Scale Questionnaire*. Acedido a 19-09-2017. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>

Kotronoulas, G., Kearney, N., Maguire, R., Harrow, A., Di Domenico, D., Croy, S., MacGillivray, S. (2014). What is the Value of the Routine Use of Patient-

- reported Outcome Measures Toward Improvement of Patient Outcomes, Processes of Care, and Health Service Outcomes in Cancer Care? A systematic Review of Controlled Trials. *Journal of Clinical Oncology*, 32(14), 1480–1501. DOI:10.1200/JCO.2013. 53.5948.
- Kwon, J. (2014). Overcoming Barriers in Cancer Pain Management. *Journal of Clinical Nursing*, 32(16), 1727–1733. DOI:10.1200/JCO.2013.52.4827.
- Lasker, J., Garret, L., & Fox, L. (2007). Severe Aphasia. In Beukelman, D. (editor) *Augmentative Alternative Communication for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. (pp. 163-206). Baltimore: Brookes Publishing.
- Latter, S., Hopkinson, J., Lowson, Hughes, J., Duke, S., Anstey, S., ... Richardson, A. (2018). Supporting Carers to Manage Pain Medication in Cancer Patients at the End of Life: a Feasibility Trial. *Palliative Medicine*, 32(1), 246-256. DOI:10.1177/0269216317715197.
- Linda, B. & Elizabeth, W. (2012). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), E45-E51. DOI:10.1188/13.CJON.E45-E51.
- Luckett, T., Davidson, P., Green, A., Boyle, F., Stubbs, J. & Lovell, M. (2013). Assessment and Management of Adult Cancer Pain: A Sytematic Review and Synthesis of Recent Qualitative Studies Aimed at Developing Insights for Managing Barriers and Optimizing Facilitators within a Comprehensive Framework of Patient Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(2), 229-253. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2012.07.021.
- Macedo, A. (2012). *Supervisão em Enfermagem: Construir as Interfaces entre a Escola e o Hospital*. Santo Tirso: De Facto Editores.
- Mercadante, S. (2011). The Use of Rapid Onset Opioides for Breakthrough Cancer Pain: The Challenge of its Dosing. *Critical Reviews on*

Oncology/Hematology, 80(3), 460-465.
DOI:10.1016/j.critrevonc.2010.12.002.

Milhomens, R. (2017). Terapêutica Não Farmacológica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.265-279). Lisboa: Fundação Grünenthal.

Moore, P., Mercado, S., Bravo-Soto, G., Olivares, C. & Lawrie, T. (2018). Communication Skills Training for Healthcare Professionals Working with People Who Have Cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), 1-124. DOI: 10.1002/14651858.CD003751.pub4.

Müller-Schwefe, G., Ahlbeck, K., Aldington, D., Alon, E., Coaccioli, S., Coluzzi, F. ... Sichère, P. (2014). Pain in the Cancer Patient: Different Pain Characteristics Change Pharmacological Treatment Requirements. *Current Medical Research and Opinion*, 30(9), 1895-1908. DOI:10.1185/03007995.2014.925439.

National Comprehensive Cancer Network (2018). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Adult Cancer Pain*. Acedido a 06-02-2018. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf

Neufeld, N., Elnahal, S. & Alvarez, R. (2017). Cancer Pain: A Review of Epidemiology, Clinical Quality and Value Impact. *Future Oncology*, 13(9), 833-841. DOI:10.2217/fon-2016-0423.

Ojala, T., Häkkinen, A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T., Piirainen, A. (2015). Chronic Pain Affects the Whole Person – A Phenomenological Study. *Disability and Rehabilitation*, 37(4), 363-371. DOI:10.3109/09638288.2014.923522.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos. Série 1. Número 1. Ordem dos Enfermeiros. ISBN:978-972-99646-9-5.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 28-05-2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Acedido em 27-07-2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Organização Mundial de Saúde, (2017). WHO's Cancer Pain Ladder for Adults. Acedido a 30-05-2017. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

Piano, V. (2017). La Douleur, du Symptôme au Syndrome. *Soins La Revue de Référence Infirmière*, 62(15), 30-33. DOI:10.1016/j.soin.2017.03.009.

Pina, P. (2017a). Generalidades e Especificidades da Dor Crónica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.201-219). Lisboa: Fundação Grünenthal.

Pina, P. (2017b). A Dor Neuropática. Os Fármacos Adjuvantes. A Dor Irruptiva. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.25-53). Lisboa: Fundação Grünenthal.

Pina, P. (2017c). Tratamento Farmacológico da Dor Crónica. Fármacos Não Opióides. Analgésicos Opióides (Doses Fracas). In Ritto, C.

- (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.121-152). Lisboa: Fundação Grünenthal.
- Pina, P. (2017d). Analgésicos Opióides (Doses Fortes). Efeitos Adversos dos Opióides. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.153-200). Lisboa: Fundação Grünenthal.
- Pires, R., Santos, M., Pereira, F. & Rocha, I. (2016). Most Relevant Clinical Supervision Strategies In Nursing Practice. *Selection and Peer-review under Responsibility of the Organizing Committee of the Conference*. DOI:10.15405/epsbs.2016.07.02.34.
- Prandi, G., Garrino, L., Mastromarino, P., Torino, F., Vellone, E., Peruselli, C., ... Alvaro, R. (2015) Barriers in the Management of Cancer-related Pain and Strategies to Overcome Them: Findings of a Qualitative Research Involving Physicians and Nurses in Italy. *Ann Ist Super Sanità*, 51(1), 71-78. DOI:10.4415/ANN_15_01_13.
- Queiroz, P. (2013). *O Enfermeiro Como Gestor da Dor Aguda do Doente Oncológico em Pós-Operatório*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dissertação de Relatório de Estágio. Lisboa. Acedido a 30-05-2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16038>
- Raposo, M. (2017). Administração da Terapêutica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.227-264). Lisboa: Fundação Grünenthal.
- Ritto, C. & Rocha, F. (2017). Avaliação da Dor. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.97-118). Lisboa: Fundação Grünenthal.
- Ritto, C., Naves, F., Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M. ... Faustino, S. (2017). Anexos. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp. 303-316). Lisboa: Fundação Grünenthal.

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, (1-37). Acedido a 12/12/2017. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sadeghy, A., Mohamadian, R., Rahmani, A., Fizollah-Zadeh, H., Jabarzadeh, F., Azadi, A. & Rostami, H. (2016). Nurse Attitude-Related Barriers to Effective Control of Cancer Pain Among Iranian Nurses. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(4), 2141-2144. DOI:10.7314/APJCP.2016.17.4.2141.

Scheiber, J. (2014). Understanding the Cancer Pain Experience. *Current Pain and Headache Reports*, 18(8), 440. DOI: 10.1007/s11916-014-0440-5.

Schieszer, M. (2017). Intervention Improves At-Home Pain Management and EOL Care. *Oncology Nursing Advisor*, 32-47. Acedido a 08-10-2018. Disponível em: <https://issuu.com/haymarket/docs/ona-septoct-2017>

Sullivan, M. & Ballantayne, J. (2016). Must we Reduce Pain Intensity to Treat Chronic Pain?. *Pain*, 157(1), 65-69. DOI:10.1097/j.pain.0000000000000336.

Song, W., Eaton, L., Gordon, D., Hoyle, C., Doorenbos, A. (2015). Evaluation of Evidence-based Nursing Management Practice. *Pain Management Nursing*, 16(4), 456-463. DOI:10.1016/j.pmn.2014.09.001.

Tavernier, S. (2014). Evidence-Based Symptom Management. In Yarbro, C, Wujcik, D. & Gobel, B. (Editores). *Cancer Symptom Management* (pp. 3-9). 4ª ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

The Joanna Briggs Institute (2011). Effective Communication Between Registered Nurses and Adult Oncology Patients in Inpatient Settings. Best Practice: Evidence-based Information Sheets for Health Professionals, 15(1), 1-4.

Acedido a 30-06-2018. Disponível em:
<http://connect.ibiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=7112>

Tong, Y & Ye, Z. (2010). Survey and Analysis on Knowledge and Attitude of Pain Management for Nurses from 4 Top Hospitals in Zhejiang Province. *Nursing and Rehabilitation Journal*, 9 (9), 747-752. Acedido a 20-06-2017. Disponível em: http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-HLXZ201011006.htm

Turk, D., Audette, J., Levy, R., Mackey, S. & Stanos, S. (2010). Assessment and Treatment of Psychosocial Comorbidities in Patients with Neuropathic Pain. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(3), S42-S50. DOI:10.4065/mcp.2009.0648.

Turner, J. & Hill, A. (2011). Implementing Clinical Supervision (part 2): using Proctor's Model to Structure the Implementation of Clinical Supervision in a Ward Setting. *Mental Health Nursing*, 31(4), 14-19. DOI: 10.1186/s12909-015-0324-3.

Uysal, N. (2018). Clearing Barriers in Cancer Pain Management: Roles of Nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1323-1327. ISSN:1792-037X

Valeberg, B., Miaskowski, C., Paul, S. & Rustøen, T. (2016). Comparison of Oncology Patients' and Their Family Caregivers' Attitudes and Concerns Toward Pain and Pain Management. *Cancer Nursing*, 39(4), 328-334. DOI:10.1097/NCC.0000000000000319.

Wary, B. & Serbouti, S. (2001). Doloplus: Validation d'une Échelle d'Évaluation Comportementale de la Douleur Chez la Personne Âgée. *Revue Douleurs*, 2(1), 35-38.

Williams, A. & Craig, K. (2016). Updating the Definition of Pain. *Pain*, 157(11), 2120-2123. DOI:10.1097/j.pain.0000000000000613.

ANEXOS

Anexo 1 - *Checklist of Nonverbal Pain Indicators*

CHECKLIST OF NONVERBAL PAIN INDICATORS

Proposta de tradução para língua portuguesa em uso na instituição

Comportamento	Pontuação	
	Com movimento	Em repouso
1. Queixas vocalizadas: não verbalizadas (suspiro, arfada, gemido, rugido, choro)		
2. Caretas/ retraimento (sobrancelhas contraídas, olhos semicerrados, dentes cerrados, lábios contraídos, mandíbula aberta, expressões distorcidas)		
3. Agarrar (durante o movimento prende-se ou agarra-se ao mobiliário, equipamento ou áreas envolventes)		
4. Agitação (mudança de posição constante ou intermitente, baloiçar-se, movimento das mãos constantes ou intermitentes, incapacidade de estar quieto)		
5. Friccionar (massaja a área afetada)		
6. Queixas vocalizadas: verbalizadas (palavras que expressam desconforto ou dor, p.ex. “ai”, “dói”, blasfemar durante o movimento, exclamações de protesto, p.ex. “pare”, “já chega”)		
Pontuação subtotal		
Pontuação total		

(Adaptado de Feldt, 2000)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Feldt, K. (2000). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1), 13–21. DOI: 10.1053/jpmn.2000.5831.

Anexo 2 - Comfort Behaviors Checklist

COMFORT BEHAVIORS CHECKLIST

How is patient acting right now? Please circle best response.

NA = *sleeping, or not appropriate for this patient because of diagnosis or age.*

(For example, if patient is sleeping questions 3-5 are circled NA.)

	NA	No	Somewhat	Moderate	Strong
Vocalizations					
1. Awake	0	1	2	3	4
2. Moaning	0	1	2	3	4
3. Complaining	0	1	2	3	4
4. Content sounds/talk	0	1	2	3	4
5. Crying/ shouting	0	1	2	3	4
Motor Signs					
6. Peaceful	0	1	2	3	4
7. Agitated	0	1	2	3	4
8. Rapid pacing	0	1	2	3	4
9. Fidgety	0	1	2	3	4
10. Muscles relaxed	0	1	2	3	4
11. Rubbing an area	0	1	2	3	4
12. Guarding	0	1	2	3	4
Performance					
13. Anxious movements	0	1	2	3	4
14. Accepts kindness	0	1	2	3	4
15. Likes touch/hand holding	0	1	2	3	4
16. Able to rest	0	1	2	3	4
17. Able to eat	0	1	2	3	4
18. Calm, at ease	0	1	2	3	4
19. Purposeless movements	0	1	2	3	4
20. Tries to move away	0	1	2	3	4
Facial					
21. Appears depressed	0	1	2	3	4
22. Grimaces/winces	0	1	2	3	4
23. Relaxed expression	0	1	2	3	4
24. Hyper-vigilant	0	1	2	3	4
25. Appears frightened	0	1	2	3	4
26. Smiles	0	1	2	3	4
Miscellaneous					
27. Unusual breathing	0	1	2	3	4
28. Focuses mentally	0	1	2	3	4
29. Able to converse	0	1	2	3	4
30. Awakens smoothly	0	1	2	3	4

Scoring of the Behaviors Checklist

1. Subtract number of “not appropriate” (NA) from 30, to obtain **total answered**.
2. Multiply **total answered** (step 1) by 4, to obtain **total possible score**.
3. Reverse code: numbers 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27 to obtain **raw comfort responses**.
4. Add **raw comfort responses** (step 3) for all questions not marked NA, to obtain **raw comfort score**.
5. Divide actual comfort score (step 4) by total possible score (step 2) and round to two decimal places. (If the third decimal place is a 5 or greater, round the second decimal place up to the next number.)
6. Report score as a **2 – digit number** (percent without the % sign or decimal). Higher scores indicate higher Comfort .

(Kolcaba, 2002)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kolcaba, K. (2002). *Comfort Behaviors Check List*. Acedido em 22-07-2017.
Disponível em <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>

Anexo 3 – Tabela de doses equianalgésicas

TABELA DE DOSES EQUIANALGÉSICAS

Tabela de doses equianalgésicas																					
São possíveis dosagens intermédias às apresentadas na tabela (ex. soluções orais ou injetáveis)																					
Oral	Morfina (mg)	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	200	
	Tapentadol (mg)		50		100		150		200		250		300		350		400		450	500	
	Oxicodona (mg)	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	100	
	Tramadol (mg)	50	100	150	200	250	300	350	400												
	Codeína (mg)	90	210	330																	
	Hidromorfona (mg)		4		8		12		16		20		24		28		32		36	40	
Injetável	Morfina iv (mg)			10			20			30			40			50			60		
	Morfina sc (mg)		10		20		30		40		50		60		70		80			100	
	Tramadol iv/sc (mg)			100			200			300			400								
Trans.	Fentanilo (ug/h)				12,5			25						50							
	Buprenorfina (ug/h)							35				52,5				70					
iv – intravenoso; sc – subcutâneo; Trans. – transdérmico.																					
Nota: Os dados de equianalgesia apresentados são meramente indicativos e tomaram em consideração as recomendações mais comuns.																					
Cada profissional de saúde deverá ter em conta a especificidade de cada pessoa.																					

(Ritto et al., 2017)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ritto, C., Naves, F., Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M. ... Faustino, S. (2017). Anexos. In Ritto, C. (Coordenador). Manual de Dor Crónica (pp. 303-316). Lisboa: Fundação Grünenthal.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Metodologia do processo de auditoria

METODOLOGIA DO PROCESSO DE AUDITORIA

As auditorias aos registos de enfermagem da dor decorreram em dois momentos distintos: antes do início do estágio, para diagnóstico de situação; no final do estágio, para avaliar os resultados da intervenção no projeto. Ambos os momentos tiveram a mesma metodologia, que se descreve a seguir.

Na sequência da autorização dada pela enf.^a chefe do serviço, foi realizado um corte transversal aos registos de enfermagem de todas as pessoas internadas há mais de 24h, com e sem doença oncológica.

Em ambos os momentos de auditoria foram auditados 31 processos de enfermagem, analisando-se as notas de enfermagem das últimas 24h em três turnos consecutivos (manhã, tarde e noite) perfazendo um total de 93 registos de enfermagem em cada auditoria.

Para a realização das auditorias foi criado um instrumento denominado Instrumento de Auditoria aos Registos de Enfermagem da Dor (Apêndice 2). O item “Capacidade para Realização da Autoavaliação”, tinha como critério “sem capacidade para realizar autoavaliação da dor” a pessoa sem capacidade cognitiva para realização de uma autoavaliação credível (Ritto e Rocha, 2017). Quanto à “Seleção adequado do instrumento” definiu-se como critério “correta utilização de uma escala de autoavaliação” as pessoas com capacidade cognitiva para realização dessa mesma autoavaliação, em oposição, nas restantes pessoas definiu-se como correta a utilização de uma escala de heteroavaliação comportamental (DGS, 2010; Ritto e Rocha, 2017).

Os dados encontrados foram analisados atendendo a quatro indicadores (Castanheira, Naves, Santos, Lameira e Faustino, 2015; Queiroz, 2013):

- Indicador 1 - taxa de registo contínuo da avaliação da intensidade da dor;
- Indicador 2 - taxa de conformidade na seleção adequada da escala;
- Indicador 3 - taxa de registo das intervenções desenvolvidas em função da intensidade da dor;
- Indicador 4 - taxa de registo da avaliação das intervenções desenvolvidas.

A descrição e fórmulas de cálculo destes indicadores podem ser consultadas no Apêndice 3 do relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameira, M. e Faustino, S. (2015). *Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros, Dor 5º Sinal Vital*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2010). *Orientações Técnicas Sobre o Controlo da Dor Crónica na Pessoa Idosa*. Acedido em 10/05/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-controlo-da-dor/orientacoes-tecnicas.aspx>

Queiroz, P. (2013). *O Enfermeiro Como Gestor da Dor Aguda do Doente Oncológico em Pós-Operatório*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dissertação de Relatório de Estágio. Lisboa. Acedido em 30-05-2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16038>

Ritto, C. & Rocha, F. (2017). Avaliação da Dor. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.97-118). Lisboa: Fundação Grünenthal.

Apêndice 2 – Instrumento de auditoria aos registos de enfermagem da dor

INSTRUMENTO DE AUDITORIA AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM DA DOR

Data: _____	Idade: _____	Pessoa com doença oncológica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Capacidade para realizar autoavaliação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Aspetos Auditados			Turno		
			08h-16h	16h-23h	23h-08h
Registo do Instrumento	(Nomear escala) Sim				
	Não				
Seleção Adequada do Instrumento	Sim				
	Não				
Registo das Características	Intensidade (Descriminar Valor)	Sim			
		Não			
	Tipo	Sim			
		Não			
	Localização	Sim			
		Não			
	Irradiação	Sim			
		Não			
	Duração	Sim			
		Não			
	Frequência	Sim			
		Não			
Registo da Intervenção		Sim			
		Não			
Tipo de Intervenção	Farmacológica	Sim			
		Não			
	Não Farmacológica	Sim			
		Não			
Reavaliação da Intervenção	(Descriminar Valor) Sim				
	Não				

(Adaptado de Castanheira, Naves, Santos, Lameira e Faustino, 2015; Queiroz, 2013)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameira, M. e Faustino, S. (2015). *Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros, Dor 5º Sinal Vital*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Queiroz, P. (2013). *O Enfermeiro Como Gestor da Dor Aguda do Doente Oncológico em Pós-Operatório*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dissertação de Relatório de Estágio. Lisboa. Acedido em 30-05-2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16038>

Apêndice 3 – Descrição e fórmulas de cálculo dos indicadores da auditoria

DESCRIÇÃO E FÓRMULAS DE CÁLCULO DOS INDICADORES DA AUDITORIA

Indicador 1 Taxa de Registo Contínuo da Avaliação da Intensidade da Dor	
Descrição	Este indicador avalia a percentagem de registos com avaliação da intensidade da dor contínua nas 24h, pelo menos uma vez turno, em três turnos consecutivos.
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de processos de enfermagem com registo contínuo da avaliação da intensidade da dor}}{\text{Número de processos clínicos auditados}} \times 100$
Indicador 2 Taxa de Conformidade na Seleção Adequada da Escala de Avaliação	
Descrição	Este indicador avalia a conformidade na seleção da escala de avaliação, através da correta seleção de escalas de autoavaliação ou de heteroavaliação em cada um dos turnos.
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de processos de enfermagem com seleção adequada da escala de avaliação}}{\text{Número de processos clínicos auditados}} \times 100$
Indicador 3 Taxa de Registo das Intervenções Desenvolvidas em Função da Intensidade da Dor	
Descrição	Este indicador avalia a percentagem de registos com intervenções de enfermagem desenvolvidas sempre que a intensidade da dor seja superior ou igual a 3.
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de processos de enfermagem com registo de intervenções em função da intensidade da dor}}{\text{Número de processos clínicos auditados com indicação para intervenções em função da intensidade da dor}} \times 100$
Indicador 4 Taxa de Registo da Avaliação das Intervenções Desenvolvidas	
Descrição	Este indicador avalia a percentagem de registos com avaliação da intensidade da dor após a realização de intervenções de enfermagem em função da intensidade da dor previamente identificada.
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de processos clínicos com registo da intensidade da dor após intervenções desenvolvidas}}{\text{Número de processos clínicos auditados com registo de intervenções em função da intensidade da dor}} \times 100$

(Adaptado de Castanheira, Naves, Santos, Lameira e Faustino, 2015; Queiroz, 2013)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameira, M. e Faustino, S. (2015). *Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros, Dor 5º Sinal Vital*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

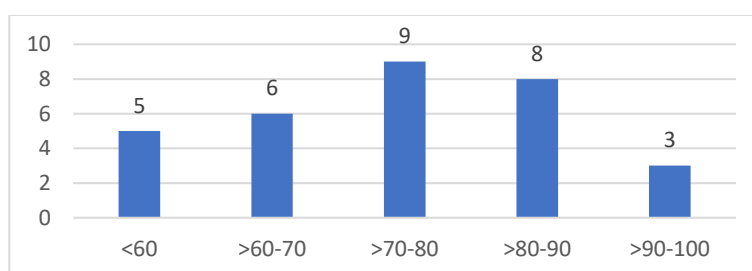
Queiroz, P. (2013). *O Enfermeiro Como Gestor da Dor Aguda do Doente Oncológico em Pós-Operatório*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dissertação de Relatório de Estágio. Lisboa. Acedido em 30-05-2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16038>

Apêndice 4 – Apresentação e tratamento dos resultados da auditoria de diagnóstico de situação

APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DOS RESULTADOS DA AUDITORIA DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

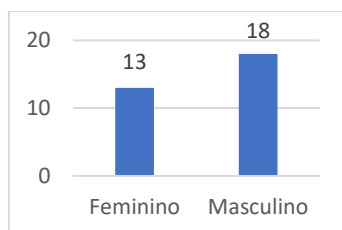
Os dados a seguir apresentados são o resultado da primeira auditoria, efetuada para obtenção de um diagnóstico de situação, antes da implementação do projeto de intervenção. Estes dados foram tratados em programa excel, com estatística descritiva. As tabelas 1, 2 e 3, mostram as matrizes dos dados recolhidos nos turnos da manhã, tarde e noite, respetivamente.

Gráfico 1 – Distribuição das pessoas internadas por faixa etária



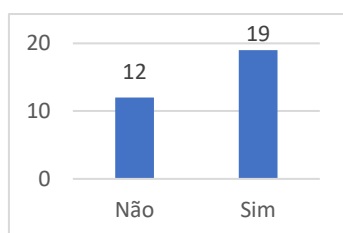
Das 31 pessoas internadas à data da primeira auditoria 19 (61,3%) têm idade superior a 70 anos conforme representado no Gráfico 1. A média de idade é de 74,3 anos.

Gráfico 2 – Distribuição das pessoas internadas por sexo



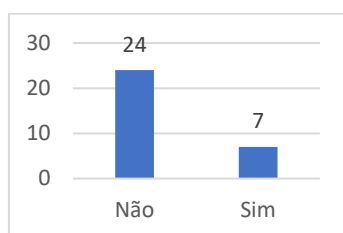
Relativamente ao género, conforme se verifica no gráfico 2, são os homens que estão em maior número 18 (58,1%), sendo as restantes 13 (41,9%) do sexo feminino.

Gráfico 3 – Distribuição das pessoas internada por diagnóstico oncológico, ou não



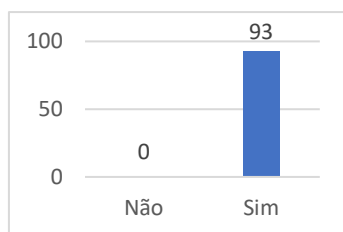
Tal como se verifica no gráfico 3, são 19 (61,3%) as pessoas internadas com diagnóstico oncológico.

Gráfico 4 – Distribuição das pessoas pela capacidade ou não de autoavaliação da dor



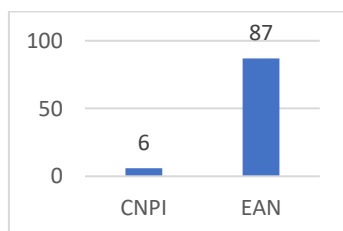
No gráfico 4 mostra-se que só 7 (22,6%) pessoas têm capacidade cognitiva para autoavaliar a sua dor.

Gráfico 5 – Registo do instrumento utilizado



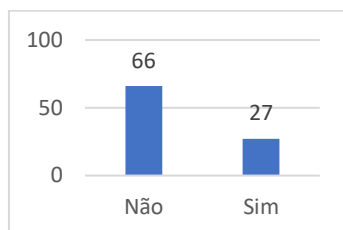
No gráfico 5 verifica-se que todos os registos de enfermagem tinham identificado o instrumento utilizado para avaliar da dor.

Gráfico 6 – Instrumento de avaliação utilizado



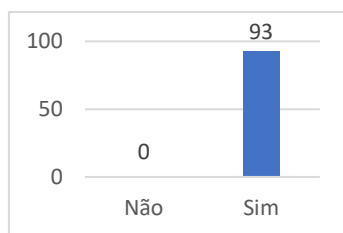
O gráfico 6 mostra que em 87 (93,5%) avaliações foi utilizada a EAN para avaliação da intensidade da dor.

Gráfico 7 – Seleção adequada do instrumento de avaliação em cada um dos turnos



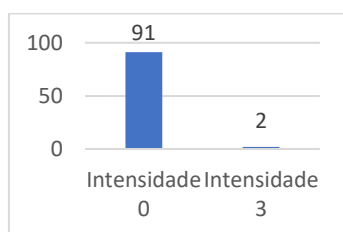
É no gráfico 7 que se verifica que só em 27 (29%) das situações se selecionou a escala adequada às condições de avaliação da pessoa internada.

Gráfico 8 - Registo da intensidade da dor em todos os turnos



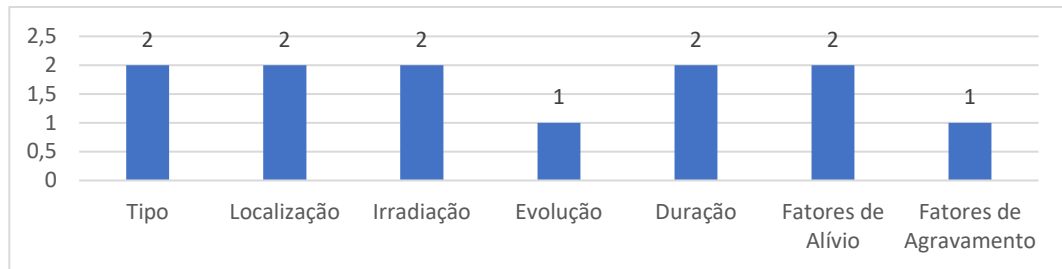
Pelo gráfico 8 observa-se que na totalidade dos registos, existe a avaliação da intensidade da dor, pelo menos uma vez por turno.

Gráfico 9 – Valores da intensidade da dor



E pelo gráfico 9 tomamos conhecimento que só em 2 (2,2%) dos registos a dor foi superior a 0, no caso, de valor 3.

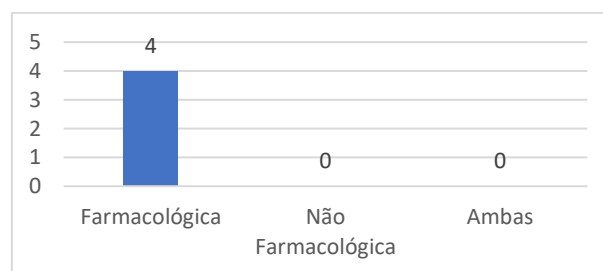
Gráfico 10 – Registo das características da dor



Pela leitura do gráfico 10 percebemos que a dor de intensidade 3 dos 2 episódios ocorridos foi avaliada em todas as características, exceto na evolução e nos fatores de agravamento, numa das situações.

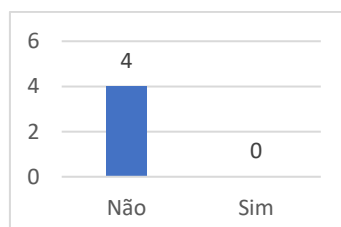
Embora só tivessem sido registados 2 episódios de dor, para além da intervenção decorrida de 1 destes, verificaram-se mais três registos onde foi realizada uma intervenção sem qualquer registo de dor associado.

Gráfico 11 – Tipo de intervenção realizada



No gráfico 11 identificamos que houve 4 intervenções farmacológicas, 3 das quais em pessoas com registo de intensidade de 0. Não há nenhum registo de intervenção não farmacológico adotado para redução da dor.

Gráfico 12 – Avaliação da intervenção realizada



O gráfico 12 mostra que em nenhuma das 4 situações se avaliou o efeito na dor da intervenção farmacológica realizada.

Quadro 1 – Resultados dos indicadores das auditorias de diagnóstico de situação.

Indicador		Resultado
Indicador 1	Taxa de registo contínuo da avaliação da intensidade da dor	100%
Indicador 2	Taxa de conformidade na seleção adequada da escala	29%
Indicador 3	Taxa de registo das intervenções desenvolvidas em função da intensidade da dor	50%
Indicador 4	Taxa de registo da avaliação das intervenções desenvolvidas	0,0%

O quadro 1 mostra-nos a percentagem de conformidade dos indicadores previamente definidos.

Tabela 1 – Matriz dos Resultados da Auditoria de Diagnóstico de Situação - Turno da Manhã

[illegible]

Tabela 2 – Matriz dos Resultados da Auditoria de Diagnóstico de Situação - Turno da Tarde

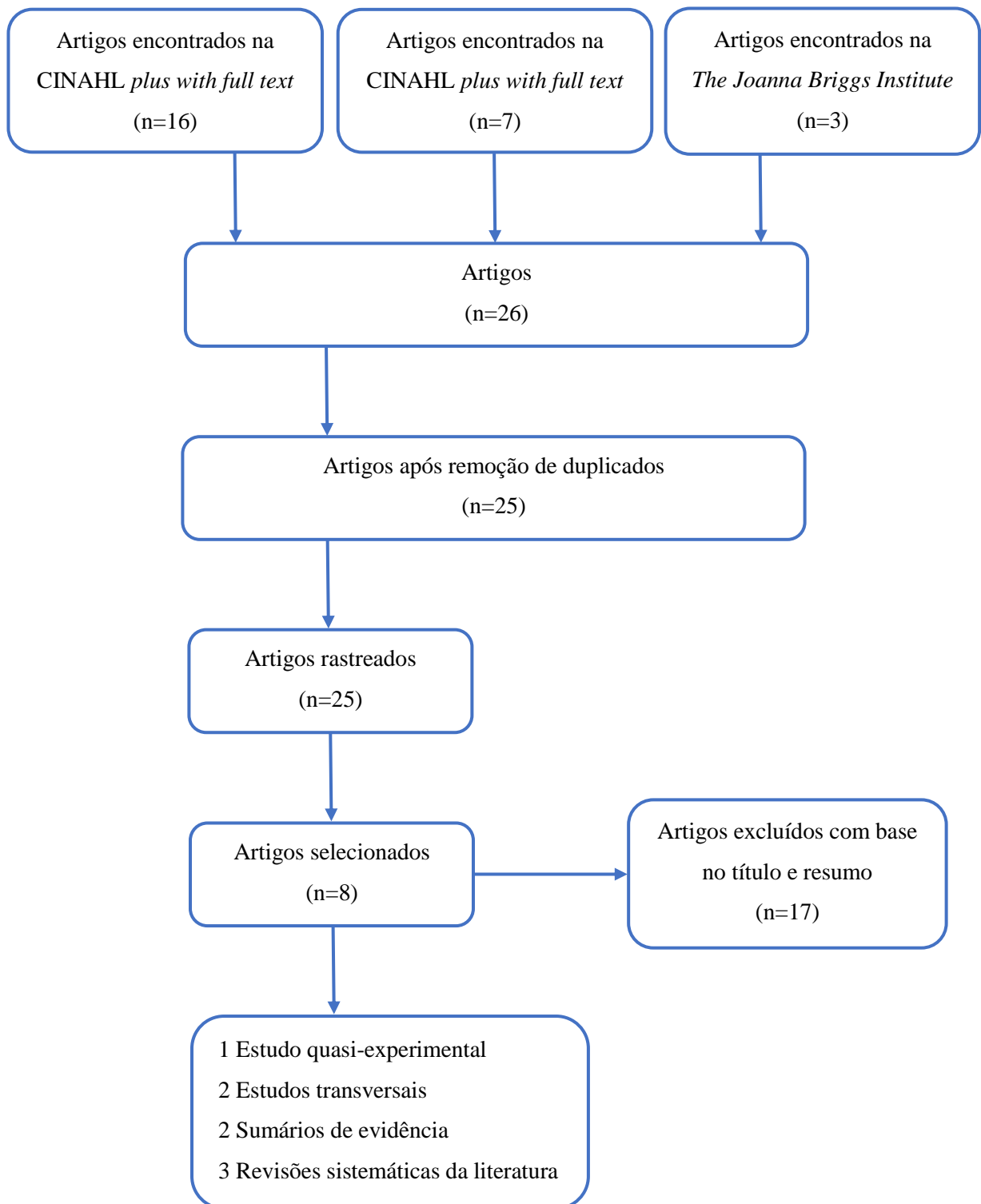
[illegible]

Tabela 3 – Matriz dos Resultados da Auditoria de Diagnóstico de Situação - Turno da Noite

[illegible]

Apêndice 5 – Fluxograma de seleção dos artigos

FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS



**Apêndice 6 – *Comfort Behaviors Checklist* - Proposta de
tradução para a língua portuguesa**

**COMFORT BEHAVIORS CHECKLIST - PROPOSTA DE TRADUÇÃO
PARA A LÍNGUA PORTUGUESA**

Qual o comportamento da pessoa neste momento? Assinale a resposta adequada.

NA = não aplicável à pessoa devido ao diagnóstico ou idade ou por se encontrar a dormir

(Por exemplo, caso a pessoa se encontre a dormir as perguntas 3-5 são assinaladas como NA.)

	NA	Não	Ligeiro	Moderado	Intenso
Vocalizações					
31. Acordado	0	1	2	3	4
32. A gemer	0	1	2	3	4
33. Queixoso	0	1	2	3	4
34. Expressa sons/fala	0	1	2	3	4
35. Chora/Grita	0	1	2	3	4
Linguagem Corporal					
36. Calmo	0	1	2	3	4
37. Agitado	0	1	2	3	4
38. Acelerado	0	1	2	3	4
39. Inquieto	0	1	2	3	4
40. Relaxado	0	1	2	3	4
41. Fricciona uma zona	0	1	2	3	4
42. Tenso	0	1	2	3	4
Comportamento					
43. Movimento ansioso	0	1	2	3	4
44. Aceita ajuda	0	1	2	3	4
45. Gosta do toque/segurar da mão	0	1	2	3	4
46. Capaz de descansar	0	1	2	3	4
47. Capaz de comer	0	1	2	3	4
48. Tranquilo	0	1	2	3	4
49. Movimentos inapropriados	0	1	2	3	4
50. Tenta afastar-se	0	1	2	3	4
Expressão Facial					
51. Parece deprimido	0	1	2	3	4
52. Esgares/tremores	0	1	2	3	4
53. Expressão descontraída	0	1	2	3	4
54. Hipervigilante	0	1	2	3	4
55. Parece assustado	0	1	2	3	4
56. Sorridente	0	1	2	3	4
Diversos					
57. Respiração anormal	0	1	2	3	4
58. Capacidade de concentração	0	1	2	3	4
59. Capaz de Conversar	0	1	2	3	4
60. Facilmente despertável	0	1	2	3	4

Pontuação da *Comfort Behaviors Checklist*

7. Subtrair o número de “não Aplicável” (NA) a 30, para obter o **total de respostas**.
8. Multiplicar o total de respostas (passo 1) por 4, para obter a **máxima pontuação possível**.
9. Inverter Pontuação dos números 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, para obter a pontuação das respectivas respostas.
10. Adicionar à **pontuação obtida** (passo 3) as restantes respostas não assinaladas como NA, para obter a **pontuação de conforto**.
11. Dividir a pontuação de conforto obtida (passo 4) pela pontuação máxima possível (passo 2) e arredondar com duas casas decimais (se a terceira casa decimal for igual ou superior a 5, arredondar o segundo número decimal para cima).
12. Apresentar o resultado final com **2 dígitos** (valor em percentagem sem o símbolo % ou números decimais). Quanto maior a pontuação, maior o conforto.

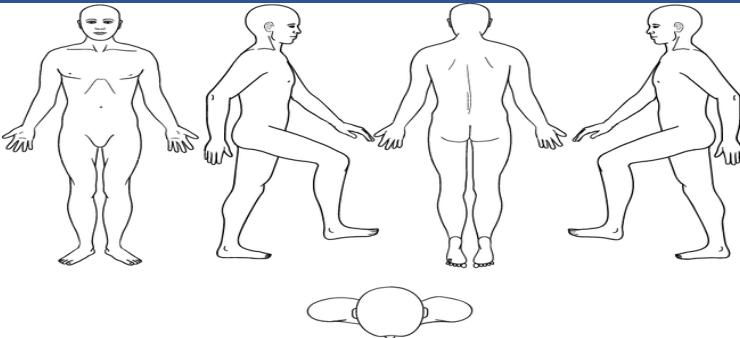
(Adaptado de Kolcaba, 2002)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kolcaba, K. (2002). *Comfort Behaviors Check List*. Acedido em 22-07-2017.
Disponível em <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>

**Apêndice 7 – Instrumento para a entrevista de enfermagem à pessoa
com dor crónica**

**INSTRUMENTO PARA A ENTREVISTA DE ENFERMAGEM À PESSOA
COM DOR CRÔNICA ONCOLÓGICA**

DADOS PESSOAIS E CLÍNICOS			
Data: _____ Nome: _____ Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Agregado Familiar: _____ Cuidador de Referência: _____	Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____ Diagnóstico: _____ Antecedentes Pessoais: _____		
AVALIAÇÃO			
Localização: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>			
Irradiação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	Evolução (Dor 1): <input type="checkbox"/> < 3 Meses <input type="checkbox"/> > 3 Meses: _____	Evolução (Dor 2): <input type="checkbox"/> < 3 Meses <input type="checkbox"/> > 3 Meses: _____	Rastreo da Dor Neuropática: <input type="checkbox"/> DN4: _____
Tipo (Dor 1): <input type="checkbox"/> Moinha <input type="checkbox"/> Guinada <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Facada <input type="checkbox"/> Dormência <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Latejo <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Choque _____		Tipo (Dor 2): <input type="checkbox"/> Moinha <input type="checkbox"/> Guinada <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Facada <input type="checkbox"/> Dormência <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Latejo <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Choque _____	
Duração da Dor (1): <input type="checkbox"/> Contínua <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Irruptiva <input type="checkbox"/> Incidental		Duração da Dor (2): <input type="checkbox"/> Contínua <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Irruptiva <input type="checkbox"/> Incidental	
Fatores de Exacerbação: _____ _____		Fatores de Exacerbação: _____ _____	
Fatores de Alívio: _____ _____		Fatores de Alívio: _____ _____	
Intensidade da Dor (Autoavaliação) Momento: _____ Máxima: _____ Média: _____ Mínima: _____ <input type="checkbox"/> Escala de Avaliação Numérica <input type="checkbox"/> Escala Qualitativa		Intensidade da Dor (Heteroavaliação): <input type="checkbox"/> PAINAD _____	
Intensidade do Desconforto (Autoavaliação) <input type="checkbox"/> Escala Visual de Desconforto: _____		Intensidade do Desconforto (Heteroavaliação) <input type="checkbox"/> <i>Comfort Behaviors Checklist:</i> _____	
Interferência da Dor nas Atividades de Vida Diárias (Extraído do Inventário Resumido da Dor):			
<input type="checkbox"/> Atividade Geral: _____ <input type="checkbox"/> Trabalho normal: _____ <input type="checkbox"/> Prazer de viver: _____ <input type="checkbox"/> Disposição: _____ <input type="checkbox"/> Relações com outras pessoas: _____ <input type="checkbox"/> Capacidade andar a pé: _____ <input type="checkbox"/> Sono: _____			

TRATAMENTO**Terapêutica Analgésica Atual:** _____

Fármaco de Resgate: _____

Nº de resgates realizados em 24h: _____

Intensidade da dor prévia/posterior: _____ / _____

Adesão Terapêutica Comprometida: ☐ Sim ☐ Não**Efeitos Secundários**☐ Náuseas/Vômitos _____☐ Obstipação _____☐ Sonolência _____☐ Confusão Mental _____☐ Desequilíbrio/Tonturas _____☐ Retenção Urinária _____☐ Outro _____**Estratégias Não Farmacológicas Utilizadas** _____

EDUCAÇÃO (Dirigida às necessidades identificadas)

- ☐ Ensinar a compreender o que é a dor crônica
- ☐ Ensinar sobre o esquema terapêutico prescrito e a importância do cumprimento do mesmo
- ☐ Ensinar sobre o uso dos opióides e desmistificação de crenças associadas;
- ☐ Ensinar sobre a importância da gestão do resgate
- ☐ Ensinar sobre a gestão dos efeitos secundários associados à terapêutica analgésica
- ☐ Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para o alívio da dor

- ☐ Ensinar sobre a utilização de estratégias que visem a diminuição da interferência da dor nas atividades de vida diárias
- ☐ Ensinar sobre a importância de procurar apoio dos profissionais de saúde quando agravamento do quadro algico, dificuldade no controlo dos efeitos secundários, aparecimento de dúvidas relativas ao esquema terapêutico e/ou número resgates feitos, ou outros aspetos que considerem pertinentes
- ☐ Outro: _____

SUPORTE EMOCIONAL (Dirigido às necessidades identificadas)

- ☐ Promoção da sensação de segurança
- ☐ Promoção da sensação de conforto
- ☐ Toque terapêutico
- ☐ Escuta ativa
- ☐ Gestão de expectativas

- ☐ Auxiliar na vivência da incapacidade
- ☐ Auxiliar a encontrar o significado da dor
- ☐ Auxiliar a encontrar o sentido da vida
- ☐ Envolver cuidadores ou pessoas significativas
- ☐ Outro: _____

Observações:

Enfermeiro: _____

ANEXOS DO INSTRUMENTO

QUESTIONÁRIO PARA RASTREIO DE DOR NEUROPÁTICA - DN4

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

Questão 1: A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

- 1- Queimadura
- 2- Sensação de frio doloroso
- 3- Choques elétricos

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 2: Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?

- 4- Formigueiro
- 5- Picadas
- 6- Dormência
- 7- Comichão

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAME DO DOENTE

Questão 3: A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia:

- 8- Hipoestesia ao tacto
- 9- Hipoestesia à picada

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

- 10- Fricção leve (*"brushing"*)

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação

0- Para cada item negativo; 1- para cada item positivo

Dor neuropática: Pontuação igual ou superior a 4.

(Azevedo et al., 2007)

ESCALA DE AVALIAÇÃO NUMÉRICA

Sem dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor máxima

(DGS, 2011)

ESCALA QUALITATIVA

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

(DGS, 2011)

ESCALA PAINAD (VERSÃO PORTUGUESA)

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal.	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração Cheyne-Stok.	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

(Batalha, Duarte, Rosário, Costa, Pereira e Morgado, 2012)

ESCALA VISUAL DO DESCONFORTO

Sem
desconforto

Maior
desconforto
possível



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(Kolcaba, 2010)

**COMFORT BEHAVIORS CHECKLIST - PROPOSTA DE TRADUÇÃO
PARA A LÍNGUA PORTUGUESA**

Qual o comportamento da pessoa neste momento? Assinale a resposta adequada.					
NA = não aplicável à pessoa devido ao diagnóstico ou idade ou por se encontrar a dormir					
(Por exemplo, caso a pessoa se encontre a dormir as perguntas 3-5 são assinaladas como <u>NA</u> .)					
	NA	Não	Ligeiro	Moderado	Intenso
Vocalizações					
61. Acordado	0	1	2	3	4
62. A gemer	0	1	2	3	4
63. Queixoso	0	1	2	3	4
64. Expressa sons/fala	0	1	2	3	4
65. Chora/Grita	0	1	2	3	4
Linguagem Corporal					
66. Calmo	0	1	2	3	4
67. Agitado	0	1	2	3	4
68. Acelerado	0	1	2	3	4
69. Inquieto	0	1	2	3	4
70. Relaxado	0	1	2	3	4
71. Fricciona uma zona	0	1	2	3	4
72. Tenso	0	1	2	3	4
Comportamento					
73. Movimento ansioso	0	1	2	3	4
74. Aceita ajuda	0	1	2	3	4
75. Gosta do toque/segurar da mão	0	1	2	3	4
76. Capaz de descansar	0	1	2	3	4
77. Capaz de comer	0	1	2	3	4
78. Tranquilo	0	1	2	3	4
79. Movimentos inapropriados	0	1	2	3	4
80. Tenta afastar-se	0	1	2	3	4
Expressão Facial					
81. Parece deprimido	0	1	2	3	4
82. Esgares/tremores	0	1	2	3	4
83. Expressão descontraída	0	1	2	3	4
84. Hipervigilante	0	1	2	3	4
85. Parece assustado	0	1	2	3	4
86. Sorridente	0	1	2	3	4
Diversos					
87. Respiração anormal	0	1	2	3	4
88. Capacidade de concentração	0	1	2	3	4
89. Capaz de Conversar	0	1	2	3	4
90. Facilmente despertável	0	1	2	3	4

Pontuação da *Comfort Behaviors Checklist*

13. Subtrair o número de “não Aplicável” (NA) a 30, para obter o **total de respostas**.
14. Multiplicar o total de respostas (passo 1) por 4, para obter a **máxima pontuação possível**.
15. Inverter Pontuação dos números 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, para obter a pontuação das respetivas respostas.
16. Adicionar à **pontuação obtida** (passo 3) as restantes respostas não assinaladas como NA, para obter a **pontuação de conforto**.
17. Dividir a pontuação de conforto obtida (passo 4) pela pontuação máxima possível (passo 2) e arredondar com duas casas decimais (se a terceira casa decimal for igual ou superior a 5, arredondar o segundo número decimal para cima).
18. Apresentar o resultado final com 2 dígitos (valor em percentagem sem o símbolo % ou números decimais). Quanto maior a pontuação, maior o conforto.

(Adaptado de Kolcaba, 2002)

INVENTÁRIO RESUMIDO DA DOR – FORMULÁRIO ABREVIADO

1. Ao longo da vida, maior parte de nós teve dores de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

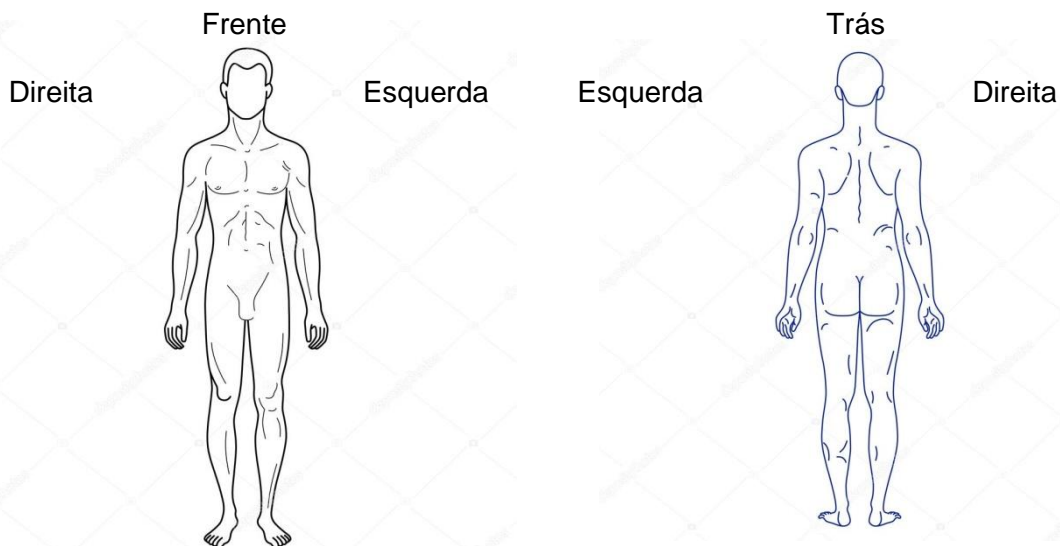
☐

Sim

☐

Não

2. Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



3. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

4. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

5. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor em **média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

6. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

7. Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?										
<hr/>										
<hr/>										
<hr/>										
8. Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.										
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Nenhum alívio										Alívio completo
9. Assinale com um círculo o número que que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua / seu:										
A. Atividade Geral										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu									Interferiu completamente	
B. Disposição										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu									Interferiu completamente	
C. Capacidade de andar a pé										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu									Interferiu completamente	
D. Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu									Interferiu completamente	
E. Relações com as outras pessoas										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu									Interferiu completamente	
F. Sono										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu									Interferiu completamente	
G. Prazer de viver										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu									Interferiu completamente	

(Azevedo et al., 2007)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, L., Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., ... Lopes, J. (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreo e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. *Dor*, 15(4), 6-56. ISSN: 0872-4814.
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V. & Morgado, T. (2012). Adaptação Cultural e Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 7-16. DOI: 10.12707/RIII1294.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Acedido em 10/05/2017. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Dor-como-5-Sinal-Vital-Registo-sistematico-da-intensidade-da-Dor.pdf>
- Kolcaba, K. (2002). *Comfort Behaviors Check List*. Acedido em 22-07-2017. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>
- Kolcaba, K. (2010). *Comfort Questionnaires - Visual Discomfort Scale Questionnaire*. Acedido em 19-09-2017. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>

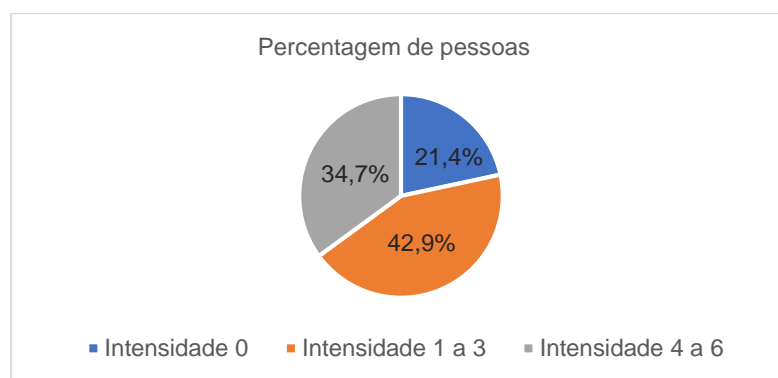
**Apêndice 8 – Apresentação e tratamento dos dados recolhidos
em consulta de enfermagem**

APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS RECOLHIDOS EM CONSULTA DE ENFERMAGEM

Os dados recolhidos através da aplicação do Instrumento da Entrevista de Enfermagem à Pessoa com Dor Crónica foram tratados através de estatística descritiva com recurso ao programa excel, encontrando-se estes apresentados no Quadro 1. Este apresenta dados relativos à intensidade da dor, à intensidade do desconforto, à interferência da dor nas atividades de vida, aos aspetos relacionados com a terapêutica, como a presença de opióide, a adesão terapêutica onde, os efeitos secundários presentes, os dados relativos às intervenções não farmacológicas utilizadas e, por fim, as necessidades de educação e suporte emocional identificadas nas 14 pessoas consultadas.

Em todas as pessoas, a avaliação da intensidade da dor foi realizada através da autoavaliação, por Escala de Avaliação Numérica, dada a existência de capacidade cognitiva para a realização da mesma. Esta intensidade foi avaliada para quatro momentos distintos, a intensidade sentida no momento e as intensidades máxima, mínima e média sentidas durante a semana anterior. A intensidade da dor no momento variou entre os valores 0 e 6.

Gráfico 2 – Distribuição das pessoas consultadas pela intensidade da dor sentida no momento.

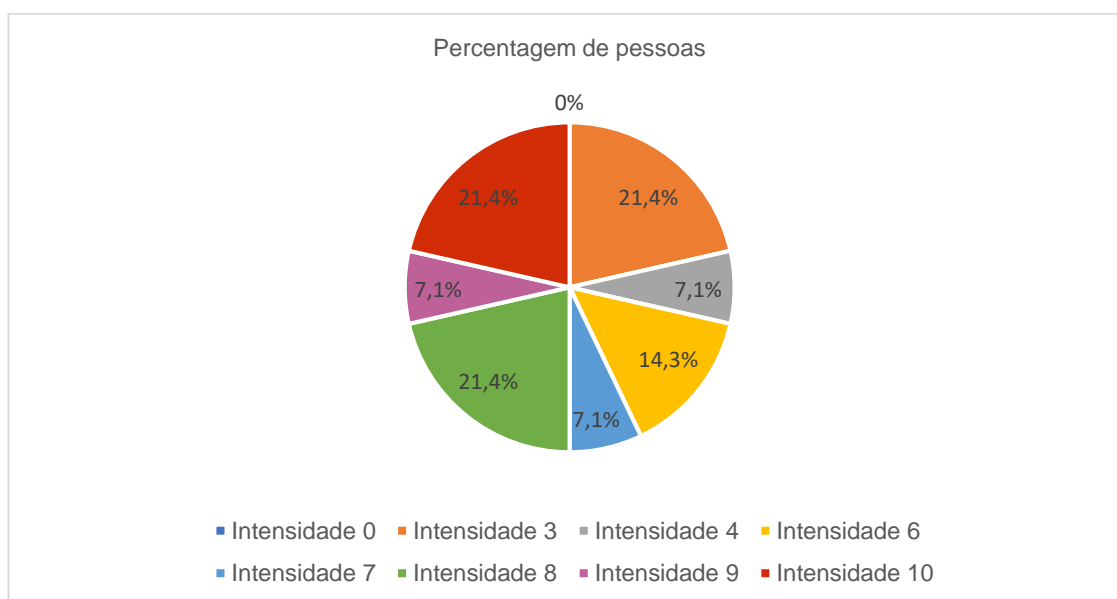


Como podemos observar no gráfico 1, em 3 pessoas (21,4%) não ocorria presença de dor, em 6 pessoas (42,9%) verificava-se uma dor ligeira (intensidade 1 a 3) e em 5 pessoas (35,7%) estava presente uma dor moderada (intensidade 4 a 6). A intensidade da dor no momento apresentou um valor médio de 2,4.

Relativamente às intensidades da dor máxima, média e mínima, referentes à semana anterior, verificaram-se valores médios de 6,3; 2,5 e 1,8; respetivamente.

Também a intensidade do desconforto foi avaliada em todas as pessoas atendendo à autoavaliação, tendo-se para isso recorrido à utilização da Escala Visual de Desconforto, esta foi pontuada com valores entre 3 e 10, sendo a 6,8 o valor de intensidade média.

Gráfico 2 – Distribuição das pessoas consultadas pela intensidade do desconforto.



O Gráfico 2 mostra-nos que todas as pessoas consultadas apresentaram intensidades de dor superior a 0, verificando-se que 7,1% destas pessoas apresentam intensidades de desconforto de valor 4, 7 ou 9; por seu lado, são apresentados valores de 6 por 14,2 % das pessoas e, valores de 3, 8 ou 10 por 21,4% das pessoas. Assim, verifica-se que 71,4% das pessoas consultadas avaliaram a intensidade do seu desconforto em valores iguais ou superiores a 6

Quanto à pontuação dos itens resultante da aplicação do ponto 9 Inventário Resumido da Dor - versão abreviada, onde foi questiona a interferência da dor nas atividades de vida, apresenta-se por ordem decrescente da sua pontuação média: 7,1 no “prazer de viver”; 6,6 na “disposição”; 6,3 na “relação com as pessoas”; 6,0 na “atividade geral”; 5,8 na “capacidade de andar em pé”; 5,6 no “trabalho normal”; e, por último, 4,7 no “sono”.

O comprometimento da adesão terapêutica, verificou-se em 9 das 14 pessoas (63,4%). Destas 9 pessoas, 3 encontravam-se em incumprimento da totalidade do esquema terapêutico, 3 apenas em incumprimento do fármaco de resgate, 2 em incumprimento da terapêutica adjuvante e 1 em incumprimento do do fármaco opióide de base.

Em 13 casos (92,8%) o tratamento farmacológico recorria à utilização de opióides. A presença de efeitos secundários foi referida por 11 pessoas (78,6%), tendo sido a obstipação foi referida por 10 pessoas (71,4%), seguida das náuseas que foram referidas por 3 pessoas (21,4%), a sonolência foi referida por 2 pessoas (14,3%) e as tonturas por 1 (7,1%).

Quanto às intervenções não farmacológicas utilizadas na gestão da dor, 11 pessoas (78,6%) utilizavam o repouso, 2 pessoas a massagem da zona afetada, e só 1 pessoa a aplicação de calor, a deambulação, a remoção da roupa e a utilização da televisão como técnica de distração.

Quadro 1 – Apresentação dos dados recolhidos através da aplicação do instrumento para a estruturação da entrevista de enfermagem à pessoa com dor crónica.

Pessoa Nº	Escala de Avaliação Numérica				Escala Visual de Desconforto	Interferência da Dor nas Atividades de Vida							Intervenção Farmacológica				Intervenção Não Farmacológica	Educação e Suporte Emocional
	Momento	Máxima	Média	Mínima		Atividade Geral	Disposição	Capacidade andar em pé	Trabalho normal	Relações	Sono	Prazer viver	Presença de opióide	Adesão comprometida	O que está comprometido	Efeitos secundários		
Tipologia da Consulta																		Fornecidos para as necessidades Identificadas
Pessoa 1 Primeira Vez	1	5	1	1	4	3	4	3	3	4	1	4	Sim	Sim	Laxante	Obstipação	Repouso, Distração	Gestão dos efeitos secundários, importância de procurar o apoio dos profissionais em caso de dúvidas, auxiliar na vivência da incapacidade
Pessoa 2 Primeira Vez	4	6	4	3	9	9	10	9	9	10	9	10	Sim	Sim	Todo o esquema	Náuseas Obstipação	Repouso	Compreensão do significado da dor crónica, importância do cumprimento do esquema terapêutico, gestão das expectativas acerca do efeito da analgesia, gestão dos efeitos secundários, gestão de expectativas, vivência da incapacidade.
Pessoa 3 Primeira Vez	4	8	4	3	10	9	9	9	9	9	9	10	Sim	Sim	Antidepressivo	Sonolência	Repouso	Importância do cumprimento do esquema terapêutico, gestão das expectativas acerca da analgesia, escuta ativa, gestão de expectativas, vivência da incapacidade, encontrar o significado da vida, promoção da sensação de segurança.
Pessoa 4 Subsequente	0	3	0	0	6	3	5	3	3	5	1	5	Sim	Sim	Resgate	Obstipação Sonolência	Repouso	Importância de cumprir o fármaco de resgate, gestão dos efeitos secundários, importância de procurar o apoio dos profissionais em caso de dúvidas, promoção da sensação de segurança.
Pessoa 5 Primeira Vez	1	5	1	1	8	5	8	2	2	5	2	8	Sim	Não	-	Obstipação	Deambulação	Gestão dos efeitos secundários, importância de procurar o apoio dos profissionais em caso de dúvidas, auxiliar na vivência da sua incapacidade, envolvimento dos cuidadores.
Pessoa 6 Subsequente	0	6	0	0	3	3	3	3	3	3	1	5	Sim	Não	-	Não refere	Repouso	Importância de procurar o apoio dos profissionais em caso de dúvidas, gestão de expectativas.
Pessoa 7 Subsequente	5	7	4	3	10	9	9	9	9	9	9	10	Sim	Sim	Todo o esquema	Náuseas Obstipação Tonturas	Não utilização de roupa	Significado da dor crónica, crenças relacionadas com opioides, importância de cumprir a terapêutica, gestão de expectativas acerca da analgesia, gestão dos efeitos secundários, escuta ativa, sensação de segurança, envolvimento do cuidador.
Pessoa 8 Primeira Vez	3	9	3	3	8	8	8	8	8	8	8	8	Sim	Não	-	Obstipação	Repouso	Gestão dos efeitos secundários, escuta ativa, promoção da sensação de segurança, estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, auxiliar na vivência da incapacidade, auxiliar a encontrar o significado da dor e o sentido da vida.
Pessoa 9 Primeira Vez	5	8	5	3	10	9	9	9	9	9	6	10	Sim	Sim	Opióide	Obstipação Tonturas	Repouso	Importância de cumprir a terapêutica, gestão dos efeitos secundários, escuta ativa, sensação de segurança, estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, auxiliar na vivência da incapacidade, a encontrar o significado da dor e o sentido da vida.
Pessoa 10 Subsequente	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	Não	Não	-	Não refere	Repouso	Importância de procurar o apoio dos profissionais em caso de dúvidas, escuta ativa, estratégias não farmacológicas para o alívio da dor.
Pessoa 11 Primeira Vez	6	7	5	3	6	7	7	7	7	7	5	8	Sim	Sim	Todo o esquema	Obstipação	Repouso	Importância de cumprir o esquema terapêutico, gestão dos efeitos secundários, escuta ativa, promoção da sensação de segurança, auxiliar na vivência da incapacidade, auxiliar a encontrar o significado da dor e o sentido da vida.
Pessoa 12 Primeira Vez	0	6	3	0	3	1	1	1	1	1	2	2	Sim	Não	-	Não refere	Massagem Aplicação de calor	Gestão dos efeitos secundários, importância de procurar o apoio dos profissionais em caso de dúvidas.
Pessoa 13 Primeira Vez	2	9	2	2	8	10	10	10	10	10	5	10	Sim	Sim	Resgate	Obstipação	Repouso	Importância do cumprimento do resgate, gestão dos efeitos secundários, escuta ativa, promoção da sensação de segurança, estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, auxiliar na vivência da incapacidade, auxiliar a encontrar o sentido da vida.
Pessoa 14 Primeira Vez	1	6	1	1	7	6	7	6	6	6	6	7	Sim	Sim	Resgate	Náuseas; Obstipação	Repouso; Massagem	Importância de cumprir a terapêutica, gestão dos efeitos secundários, promoção da sensação de segurança, estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, auxiliar na vivência da incapacidade.

Apêndice 9 – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs sobre “A importância da comunicação na gestão da dor crónica”

REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO DE GIBBS SOBRE “A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA GESTÃO DA DOR CRÔNICA”

No decorrer do estágio na UMD, dirigiu-se à consulta de enfermagem de primeira vez, a sr.^a D. Fernanda (nome fictício). Tratava-se de uma senhora de 57 anos, empregada de limpeza, com o 9º ano de escolaridade, que vivia com o seu companheiro, seu cuidador de referência. Tinha o diagnóstico de neoplasia oculta, com esvaziamento ganglionar cervical bilateral, com enxerto, tendo ficado, com paralisia da corda vocal esquerda e limitações na mobilização cervical e ombro direito como sequelas. Tinha como antecedente pessoal doença pulmonar obstrutiva crônica. Seguida no centro de atendimento a toxicodependentes do Hospital Júlio de Matos, a cumprir programa de metadona (Metadona 98 mg/dia). Medicada previamente pelo seu médico oncologista com: Paracetamol 1000mg, comprimido, de 8/8h; Tiocolquicosido 4mg, comprimido, à noite; Pregabalina 100mg, cápsula, 12/12 horas; Amitriptilina 50mg, comprimido, à noite; Esomeprazol 20mg em jejum; Movicol, uma saqueta, à noite (até 3 saquetas dia).

Aquando da consulta, encontrava-se com o seu companheiro (sr. Manuel, nome fictício). Inicialmente, ponderei realizar a entrevista sem a presença do sr. Manuel, no entanto, tendo em conta a importância da envolvimento do cuidador ou de pessoa próxima no acompanhamento e suporte da pessoa com dor crônica e dado que a sr.^a D. Fernanda apresentava uma grande dificuldade em exprimir-se, pareceu-me que a presença do seu companheiro pudesse ser uma mais-valia. Assim, perguntei à sr.^a se ela se importava que a minha intervenção fosse feita juntamente com o seu companheiro, ao que ela me respondeu que não havia problema. Comecei então a minha avaliação que, inicialmente, estava a correr bem, as perguntas eram simples, as respostas diretas, as intervenções do sr. Manuel eram adequadas, reforçando uma ou outra ideia. A dor descrita era essencialmente na região cervical, de tipo repuxamento/tensão, sem irradiação, com uma evolução de cerca de 5 meses, de presença contínua, tendo como fatores de exacerbação movimentos intensos e como fator de alívio o repouso. Na sua autoavaliação através da EAN identificou a sua dor máxima com uma intensidade de 6, a dor do momento, a mínima e a média todas com uma intensidade de 1. Relativamente à intensidade do desconforto, autoavaliou-se no valor 7 na escala visual do desconforto. Quanto à interferência da dor crônica nas

atividades de vida diária (extraído do Inventário Resumido da Dor – Versão Abreviada) referia interferir na “atividade geral”, na “capacidade de andar a pé”, no “trabalho normal”, na “relação com outras pessoas” e no “sono” em 6, considerando a “disposição” e o “prazer de viver” em 7.

Quando tentei perceber qual o conhecimento acerca da sua terapêutica, validando se o esquema prévio era cumprido ou se existiam omissões, desvios ou algumas dúvidas acerca do mesmo, a sr.^a começou a ter mais dificuldade em exprimir-se, dado tais respostas requererem maior necessidade de comunicação verbal, levando o sr. Manuel a ter uma maior participação, mas que era muitas vezes contraditória relativamente àquilo que a sr.^a queria dizer. Tal levou a uma escalada de tensão sentida pelos três. A sr.^a D. Fernanda, por não conseguir exprimir-se como queria e por sentir que as respostas do seu companheiro não correspondiam aos factos, o sr. Manuel por ter ido elevando o tom de voz para impor as suas opiniões em vez de ajudar a perceber as da sr.^a D. Fernanda e por mim, que via o tempo a passar e não conseguia conhecer exatamente quais as dúvidas e receios da sr.^a em relação à dor e à medicação para poder identificar o problema e intervir.

Assim, fiz uma pausa na entrevista e tentei serenar a sr.^a D. Fernanda, pedindo ao sr. Manuel para deixar que fosse ela a tentar explicar sem a sua intervenção, e que apenas falasse quando solicitado. Para conseguir perceber as opiniões de cada um, tinham de falar de forma ordeira, caso contrário teria de pedir ao sr. Manuel para se ausentar do gabinete e continuar a entrevista sem ele. Esta atuação permitiu gerir os meus sentimentos e emoções, atuando eficazmente no sentido de evitar situações de eventual conflitualidade, desenvolvendo assim o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2010).

Apesar de tudo, foi possível concluir a avaliação, com a identificação de alguns problemas relacionados com a terapêutica, nomeadamente, uma grande falta de informação acerca do esquema terapêutico prescrito e a importância do cumprimento do mesmo, mitos e crenças associadas à utilização de opióides, importância da gestão do resgate e dos efeitos secundários associados da terapêutica analgésica, que resultavam numa inadequada gestão da dor devido ao não cumprimento da terapêutica de resgate aquando a presença de dor irruptiva, e na inadequada gestão dos efeitos secundários dos opióides.

A realização desta entrevista de enfermagem, tendo em vista a gestão da dor crónica, contribuiu para desenvolver competências para gerir os processos terapêuticos de estabilização de situações decorrentes de doença crónica (OE, 2018). Esta avaliação permitiu também ter um ponto de partida para possibilitar o registo das necessidades de mudança e de educação da pessoa e seu cuidador e da sua evolução ao longo do tempo (EONS, 2018). Relativamente a estas necessidades, o meu planeamento foi essencialmente baseado na educação, com ensinamentos sobre a importância da gestão do resgate e sobre os efeitos secundários associados à terapêutica antiálgica prescrita, nomeadamente, a obstipação.

No final da entrevista, apesar de pensar tudo ter feito para conseguir uma recolha de dados apropriada que me permitiu um adequado levantamento de necessidades e respetivo planeamento dos cuidados a prestar, não estava convencida da minha abordagem, nem se o resultado obtido refletia exatamente o que era sentido pela sr.^a D. Fernanda, o que me levou à realização deste exercício reflexivo, ficando assim demonstrado a minha consciência de mim enquanto pessoa e enfermeiro, o que contribuiu para facilitar a identificação de fatores que podem influenciar o relacionamento com a pessoa cliente e desenvolver o autoconhecimento (OE, 2010).

Relativamente à sr.^a e ao seu companheiro, tive a perceção que o relacionamento deles era tendencialmente conflituoso e que a forma como decorreu a entrevista tinha acabado por aumentar a tensão entre eles. Tenho plena consciência de não ter sido a causadora desse mal-estar, no entanto, sinto que tinha a obrigação de fazer melhor. Este facto incomodou-me bastante, ficando com um certo sentimento de culpa e de frustração por não ter gerido a situação da melhor forma. Tudo isto levou-me a recapitular a minha atuação e a pensar nos pontos em que a minha intervenção deveria ter sido diferente, para futuramente utilizar estratégias baseadas na evidência adequadas para ultrapassar problemas de comunicação (EONS, 2018).

Facilmente cheguei à conclusão que o foco central desta situação se prendia com a comunicação e na importância que esta tem em todas as fases quer da relação terapêutica, quer das intervenções desenvolvidas. Neste caso concreto, foi dado um particular destaque à importância da comunicação na transmissão de informação e educação à pessoa com doença oncológica e familiares. Nesta minha avaliação, duas grandes questões se levantaram:

- O facto da entrevista se ter realizado na presença do sr. Manuel terá sido realmente uma mais-valia na comunicação com a sr.^a D. Fernanda?
- Será que a minha interpretação das dúvidas e necessidades que resultaram da entrevista, eram efetivamente genuínas ou terão sido influenciadas pela presença e intervenção do sr. Manuel?

Ainda que a pessoa se apresente na consulta acompanhada do seu familiar/cuidador, a entrevista com a família deve compreender dois momentos, uma preparação prévia feita apenas com a pessoa e o encontro juntamente com a sua família, permitindo assim esclarecer questões de confidencialidade, acordando quais os assuntos que podem ser abordados ou que devem ser evitados e perceber o tipo de relação que existe entre a pessoa e o seu acompanhante (Ferreira e Vale, 2012)

Sem dúvida, a comunicação tem um papel preponderante na gestão da dor crónica da pessoa com doença oncológica. Não se trata apenas de ouvir e registar as queixas da pessoa, devem estar criadas um conjunto de condições que permitam à pessoa expressar-se sem condicionalismo e que permita ao enfermeiro, através de uma escuta ativa, interpretar a mensagem transmitida e verificar a sua congruência com a linguagem não-verbal observada (Ritto e Rocha, 2017). As competências ao nível da comunicação e da escuta ativa são pontos-chave para estabelecer uma relação sólida e útil com as pessoas e com os seus cuidadores, no sentido de otimizar a gestão da dor crónica e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Prandi et al., 2015). Os enfermeiros que conseguem adquirir elevadas competências na comunicação, assumem um papel fundamental na satisfação da pessoa com doença e seus familiares, na adesão terapêutica e consequentemente nos ganhos em saúde, no entanto, estudos mostram que a comunicação desenvolvida é muitas vezes superficial, não atingindo o nível terapêutico desejado (Linda e Elizabeth, 2012).

A comunicação permite ao enfermeiro conhecer a personalidade da pessoa, o seu ambiente e as suas crenças constituindo assim uma das principais ferramentas terapêuticas de que dispõe (Phaneuf, 2005). No caso particular da pessoa com doença oncológica, a comunicação revela ser mais complicada uma vez que o diagnóstico implica um sofrimento psicológico que, por sua vez,

aumenta a necessidade de apoio emocional e de informação (The Joanna Briggs Institute, 2011).

Por outro lado, segundo as linhas orientadoras definidas pela NCCN (2018), a educação da pessoa e do seu cuidador tem um papel determinante no controlo da dor oncológica e, para tal, a comunicação é essencial, pois permite uma compreensão mútua, dentro de um clima de confiança e empatia, que favorece assim a expressão de sentimentos sem receios ou constrangimentos.

Esta reflexão acerca da importância da comunicação permitiu demonstrar o alcance que algumas técnicas de comunicação podem atingir na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica (EONS, 2018). Segundo alguns autores (Lasker, Garrett e Fox, 2007), quando existem condições clínicas que dificultam a comunicação verbal, os profissionais de saúde deverão adotar as melhores estratégias por forma a minimizar o impacto negativo dessas dificuldades, devendo assumir alguns princípios básicos, tais como transmitir calma e respeito, respeitar a sua privacidade, encorajar a sua autonomia, não falar demasiado, não aumentar a tensão ou fadiga da pessoa, dando tempo para as respostas e fazendo as pausas que forem necessárias, não infantilizar e, por fim, mostrar paciência evitando crítica e correções.

Depois da análise efetuada, posso concluir que, de facto, a minha atuação, perante o episódio descrito, não terá sido a mais adequada. O facto da sr.^a se ter apresentado acompanhada não deveria ter sido assumido, à partida, como sendo uma vontade dela que o seu companheiro assistisse à entrevista. Apesar de ter perguntado se ela autorizava a presença do sr. Manuel na sua consulta, esta pergunta deveria ter sido feita em privado, juntamente com uma prévia preparação da sr.^a para aquilo que iria constituir a entrevista, para além de uma avaliação da sua capacidade de comunicação e dos fatores que poderiam prejudicar a mesma. Tenho agora a plena convicção que este tipo de abordagem teria feito, se não toda, alguma diferença tanto na relação conseguida como no resultado alcançado.

A gestão da dor é sem dúvida um dos aspetos primordiais na abordagem da pessoa com doença oncológica mas exige, para além das competências na condução de entrevistas, que sejam criadas as condições para uma relação de confiança que assegure que a pessoa perceba que o profissional de saúde acredita efetivamente na sua dor, aceitando as suas queixas e frustrações sem

demonstrar qualquer tipo de intolerância ou desapontamento, aumentando assim os benefícios emocionais da pessoa com dor crónica (Gupta, 2015).

Numa próxima entrevista, a presença do sr. Manuel, será previamente acordada com a sr.^a e, se necessário, serão definidas algumas condições, para que toda a entrevista decorra em torno daquilo que realmente é o seu foco, o alcance do conforto da sr.^a D. Fernanda.

Este episódio reflexivo constitui um momento importante de aprendizagem e crescimento, em que coloquei em causa a minha própria atuação, chegando à conclusão que esta não terá sido a mais adequada. O facto de ter refletido acerca desse assunto fez com que, no futuro, a minha intervenção junto da pessoa com doença oncológica seja diferente, mais abrangente e, simultaneamente, mais centrada na pessoa, valorizando de igual forma a promoção do conforto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework*. Acedido em 21/11/2018. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingFramework2018.pdf>

Ferreira, J. & Vale, I. (2012). Entrevista com a Família. In Cardoso, M. (Coordenador). *Competências Clínicas de Comunicação* (pp.278-304). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Gupta, A. (2015). The Importance of Good Communication in Treating Patient's Pain. *AMA Journal of Ethic*, 17(3), 265-267. DOI:10.1001/journalofethics.2015.17.3.sect1-1503.

Lasker, J., Garret, L., & Fox, L. (2007). Severe Aphasia. In Beukelman, D. (editor) *Augmentative Alternative Communication for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. (pp. 163-206). Baltimore: Brookes Publishing.

Linda, B. & Elizabeth, W. (2012). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), E45-E51. DOI:10.1188/13.CJON.E45-E51.

National Comprehensive Cancer Network (2018). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Adult Cancer Pain*. Acedido em 06-02-2018. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em 28-05-2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

Prandi, G., Garrino, L., Mastromarino, P., Torino, F., Vellone, E., Peruselli, C., ... Alvaro, R. (2015) Barriers in the Management of Cancer-related Pain and Strategies to Overcome Them: Findings of a Qualitative Research Involving Physicians and Nurses in Italy. *Ann Ist Super Sanità*, 51(1), 71-78. DOI:10.4415/ANN_15_01_13.

Ritto, C. & Rocha, F. (2017). Avaliação da Dor. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.97-118). Lisboa: Fundação Grunenthal.

The Joanna Briggs Institute (2011). Effective Communication Between Registered Nurses and Adult Oncology Patients in Inpatient Settings. Best Practice: Evidence-based Information Sheets for Health Professionals, 15(1), 1-4. Acedido em 30-06-2018. Disponível em: <http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=7112>

Apêndice 10 – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs sobre “A promoção do conforto no decorrer da consulta de enfermagem”

REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO DE GIBBS SOBRE “A PROMOÇÃO DO CONFORTO NO DECORRER DA CONSULTA DE ENFERMAGEM”

Este exercício reflexivo surgiu no decorrer do estágio que realizei na UMD, a propósito da consulta de enfermagem realizada. Este episódio desenvolveu-se com a sr.^a D. Maria (nome fictício), 62 anos, reformada (trabalhava num restaurante). Vive só, tem um filho que vive longe e só consegue prestar apoio ao fim de semana.

A sr.^a D. Maria, tem como diagnóstico oncológico Sarcoma da parede torácica, sem outros antecedentes de saúde conhecidos. Vem à consulta de enfermagem subsequente, seis semanas após ter decorrido a primeira consulta. Foi referenciada à unidade multidisciplinar de dor por alodinia em contexto de nevralgia pós-herpética, secundária a infeção por *herpes zoster* que surgiu após a realização de tratamento com quimioterapia.

O esquema terapêutico de analgesia prescrito na consulta de primeira vez compreendia: Tapentadol 100mg, comprimido, de 12/12h; Nolotil 575mg, comprimido, de 12/12h; Gabapentina 300mg + 100mg + 300mg; Zilpen 75mg/650mg, comprimido, em SOS até três vezes dia; Lactulose, uma carteira por dia, e em SOS até três carteiras dia.

Ao iniciar a consulta de enfermagem, apresentei-me à sr.^a D. Maria e reparei que tinha fâcies tensa, mostrando-se inquieta na cadeira, tendo inclusivamente expressado um gemido ao movimentar-se. Ao perceber que ela estava com dor, decidi iniciar a consulta pela apresentação da EAN e quando questionada a intensidade da dor sentida no momento, referiu uma intensidade de 5. Optei por suspender de imediato a consulta e tomar algumas medidas no sentido de diminuir a dor e promover o conforto da sr.^a.

Disponibilizei-me para fornecer o fármaco de resgate prescrito e informei-a da existência de um quarto com cama onde poderia deitar-se enquanto aguardava o efeito da medicação, caso aceitasse a sugestão, providenciando assim um ambiente propício à partilha das suas preocupações (EONS, 2018). Após alguma hesitação acabou por aceitar o fármaco, mas disse que aguardaria sentada e o que precisava mesmo era de voltar para casa. Tive então a plena perceção de que ela gostaria de descansar um pouco, mas que algo a levava a não aceitar, decidindo insistir na proposta: “... sr.^a D. Maria, se não se importar vem comigo

até ao quarto, deita-se e estamos lá um bocadinho as duas. Se em qualquer momento se sentir desconfortável, de imediato iremos para outro local, mas parece-me muito importante que descanse um pouco, pode ser?...” Embora não estivesse totalmente convencida acabou por aceitar, demonstrando até algum alívio com a decisão. Tomou então a terapêutica e ficou a repousar no leito, tendo permanecido no quarto com a porta fechada e luz reduzida de forma a promover um ambiente tranquilo. Pouco tempo depois, ausentei-me do quarto, deixando-lhe indicações para solicitar apoio através da utilização da campainha, qualquer que fosse a sua necessidade.

Após cerca de 30 minutos, desloquei-me ao quarto e abordei a sr.^a D Maria no sentido de saber como estava a sua dor e se ela estaria em condições de dar continuidade à consulta de enfermagem que passaria a ser realizada naquele mesmo local, podendo manter-se no leito sem qualquer constrangimento, o que aceitou de imediato. Antes de eu ter tempo de reiniciar a entrevista agradeceu imenso a minha atitude, o facto de ter valorizado a sua dor e de poder falar sobre esse assunto com alguém que a compreendia. Explicou que, por vezes, o filho considerava que ela sobrevalorizava a sua dor e que as queixas eram para chamar a sua atenção, tendo, a partir daí, desenvolvido alguns esforços para disfarçar ou até esconder a dor, de maneira a ele não reparar.

Retomei a consulta reavaliando a intensidade da dor, que se encontrava na intensidade 3 da EAN o que, segundo a sr.^a, seria um valor confortável que lhe permitia dar continuidade à entrevista. De forma a enquadrar esta intensidade de dor, perguntei qual o valor que lhe atribuíra ao longo do seu dia-a-dia, durante a semana anterior, tendo mencionado uma dor máxima de intensidade 7, uma dor média de intensidade 4 e uma dor mínima de intensidade 3, da EAN.

Caracterizou a sua dor como sendo do tipo queimadura, com 5 meses de evolução, localizada na região torácica antero-posterior à direita, sem irradiação, de presença constante, sendo exacerbada pela estimulação táctil, aliviando com a remoção da roupa. Foi aplicado o Questionário da Dor Neuropática em 4 Questões, tendo confirmado a presença de dor neuropática, dado a presença de mais do que quatro descritores neuropáticos. Para além da sensação de queimadura, a dor também se caracterizava pela sensação de frio doloroso, de choques elétricos e de formigueiro, existindo uma exacerbação da dor quando realizada uma fricção leve da zona.

Aquando da aplicação da Escala Visual de Desconforto autoavaliou-se na intensidade 10. Após a aplicação do Inventário Resumido da Dor – Versão Abreviada, e atendendo à interferência da dor nas atividades de vida, avaliou que a dor interferia na sua “atividade geral”, na “disposição”, na “capacidade de andar a pé em”, no “trabalho normal”, na “relação com outras pessoas” e no “sono” em 9 e no “prazer de viver” em 10. Os resultados destes instrumentos mostraram que a dor tinha um grande impacto na vida da sr.^a o que demonstrava a urgência e a importância de uma intervenção direcionada e efetiva. Dada a elevada intensidade da dor e de desconforto com que vivia, questionei-me se o esquema terapêutico estaria adequado à pessoa e se este estaria a ser cumprido, para seguidamente intervir.

Era então necessário realizar uma avaliação efetiva da adesão à medicação para, em seguida, poder explicar os benefícios de uma adesão adequada (EONS, 2018). Assim que comecei a validar a adesão do esquema terapêutico percebi que a mesma estava comprometida, logo pela dificuldade em dizer quais os fármacos que tomava. Após várias tentativas de nomear o fármaco de base acabou por referir que raramente tomava o Tapentadol 100mg, que tomava o resgate apenas quando a dor se tornava “insuportável” (SIC) e que só tomava a Lactulose quando a obstipação estava instalada há vários dias, sendo que o restante esquema estava a ser cumprido.

Tentei então perceber quais as razões que levavam a sr.^a a não tomar os fármacos conforme a prescrição e porque esperava que a dor atingisse uma intensidade tão elevada para tomar o fármaco de resgate. Esclareceu que durante os últimos meses já tinham feito alguns ajustes na medicação dos quais não tinha sentido os efeitos positivos e que por isso considerava não valer a pena suportar os efeitos secundários dos mesmos, referindo sentir obstipação severa, que agravava com a toma da medicação. Expliquei então que esses efeitos secundários podiam ser diminuídos ou até mesmos eliminados através da implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Orientei acerca da importância do cumprimento do laxante em esquema como medida profilática, e não apenas quando a obstipação já se encontrava instalada, assim como da necessidade de aumentar a ingestão de líquidos e de alimentos ricos em fibras, de aumentar a mobilidade e a marcha dentro das limitações individuais e da

possibilidade de realizar massagem abdominal de forma a estimular os movimentos peristálticos (Dias et al., 2017; Faustino, 2017).

Pareceu-me recetiva às estratégias mencionadas mas, ainda assim, sentia que existia alguma ansiedade por parte da sr.^a, levando-me a perguntar se existia mais alguma razão que a levasse a não tomar a totalidade dos fármacos prescritos, permitindo assim avaliar o conhecimento da pessoa e a capacidade de se exprimir para facilitar a sua educação e as escolhas relativamente a esta (EONS, 2018), pois só assim a poderia ajudar a minimizar a dor e a melhorar a sua condição de vida.

Finalmente, revelou que considerava tomar demasiados comprimidos e que tinha receio que os mesmos pudessem causar habituação: “a dor é um sinal de que alguma coisa está mal... A tomar tantos medicamentos fico sem saber o que se passa. Se ficar habituada a estes comprimidos depois vou ter que tomar morfina...” (SIC). Percebi então que as principais razões pela qual não cumpria o esquema terapêutico estavam relacionadas com os preconceitos existentes relativamente aos opióides e alguma desinformação quanto à origem da sua dor. Neste seguimento, pedi-lhe que me explicasse o que sabia acerca da causa da sua dor, tendo respondido que: “...muito pouco, os médicos falam com palavras que nem sempre percebo, não sei se me querem esconder alguma coisa?” (SIC).

Questões associadas ao que a pessoa sabe sobre a sua doença permitem aceder ao que a pessoa compreende sobre a mesma, dando oportunidade de esclarecer dúvidas, responder a questões e conhecer o que é verdadeiramente importante para a pessoa (Moore, Mercado, Bravo-Soto, Olivares e Lawrie, 2018), permite também desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com ela (OE, 2010) para gerir a sua sintomatologia e os efeitos relacionados com o tratamento (EONS, 2018). Assim, considerei importante contextualizá-la na causa da sua dor crónica, explicando-lhe que a nevralgia pós-herpética era uma complicação muito frequente da infeção por herpes-zoster, sendo frequentemente causadora de alodinia, podendo persistir durante vários meses e até mesmo anos (Bader, 2013) e que esta podia ser minimizada através do tratamento adequado, reforçando a importância da adesão terapêutica, pois o seu comprometimento coloca em causa todo tratamento (Jorge, Feres e Teles, 2011). Uma expectativa de que a dor será eliminada completamente pode não ser realista, havendo

necessidade de esclarecer essa questão a fim de evitar o desânimo nos casos de recorrência ou persistência da dor (Turk, Audette, Levy, Mackey e Stanos, 2010).

Esclareci também que a utilização da dor, quando crônica, como um sinal de alarme não era de todo fiável e que nem sempre o aumento da intensidade da dor estava relacionado com o agravamento da doença (OE, 2008), como era o seu caso. Informei ainda que o tratamento da dor neuropática era frequentemente um processo longo, pois a otimização do tratamento farmacológico deste tipo de dor nem sempre era linear e que o esquema terapêutico de pessoas com uma dor crônica complexa como esta necessitavam, muitas vezes, de vários ajustes até que a otimização terapêutica fosse atingida (Taverner, 2015), sendo necessária a colaboração da pessoa para que tal fosse possível.

Desmistifiquei também a utilização dos opióides, nomeadamente da morfina, ressaltando que esta era utilizada em função da necessidade e não como um último recurso ou devido a um mau prognóstico, esclarecendo que em situações de presença de dor raramente a sua utilização causava dependência (OE, 2008) e que a utilização de opióides se devia verificar nos casos em que a dor não fosse controlada com outro tipo de analgésicos (OMS, 2017). Ficaram assim demonstradas competências na avaliação precisa dos efeitos secundários da medicação e a aplicação desse conhecimento através dos cuidados de enfermagem prestados (EONS, 2018).

Relembrei ainda a importância de solicitar o apoio dos profissionais de saúde da unidade sempre que surgisse alguma dúvida relativa à gestão da sua dor, lembrando que poderia estabelecer contacto telefónico ou presencial em função da sua preferência, sempre que necessitasse, por forma a transmitir segurança (NCCN, 2018) pois é importante que a pessoa sinta que lhe é disponibilizado suporte e aconselhamento quando necessita (Taverner, 2015). Mostrei-me ainda disponível para conversar com o filho de forma a esclarecer dúvidas e a contextualizá-lo no processo de dor crônica em que a mãe se encontrava. As intervenções educacionais direcionadas aos cuidadores são valiosas embora, muitas vezes, não lhes seja dada a devida importância, perdendo-se assim oportunidades de melhorar a vida, tanto das pessoas, como dos próprios familiares (Schieszer, 2017).

Nesse dia, quando terminei a consulta, senti que a minha intervenção tinha realmente feito a diferença, que a pessoa que se tinha dirigido à consulta de

enfermagem, não era a mesma que de lá tinha saído. Para além da intensidade da dor ter diminuído significativamente, parecia ter-lhe saído um grande peso de cima, tendo verbalizado isso no final da consulta: “sr.^a enfermeira, nem sei como agradecer o que fez por mim hoje. Vou daqui muito melhor, mais esclarecida, mais leve, para além de ter menos dores, aprendi muitas coisas, que bom...” (SIC). É claro que me senti muito bem com o comentário, que no fundo é a melhor gratificação que um enfermeiro pode receber, apesar de pensar que a minha atuação não tinha sido assim tão diferenciadora.

Esta discrepância entre o que foi verbalizado pela sr.^a no final da consulta, que era sincero e visível no seu rosto, e a perceção que eu tinha relativamente à minha intervenção levou-me a este momento reflexivo. Tinha de pensar em toda a minha atuação para verificar o porquê de ter corrido tão bem. Aquilo que para mim não passava do cuidado de uma enfermeira que se tinha empenhado para melhorar, dentro do que lhe era possível, a vida de uma pessoa com patologia oncológica e a dor crónica a ela associada, tinha resultado numa mudança tão grande e tão positiva. Senti assim a necessidade de perceber qual a razão desse sucesso.

Dividi então a minha intervenção em vários momentos, o primeiro relativo à administração do fármaco de resgate, o segundo ao proporcionar medidas de conforto ambientais que pudessem aliviar o sofrimento sentido, e o terceiro à orientação dada relativa à importância de uma adequada gestão da dor, nomeadamente no cumprimento do esquema terapêutica, no esclarecimento dos efeitos dos fármacos prescritos, na desmistificação de algumas crenças relacionadas com a terapêutica e nas medidas para atenuar os seus efeitos secundários. Por fim, houve ainda um momento para reforçar a disponibilidade da equipa de enfermagem para tudo o que ela achasse pertinente e para esclarecimento de dúvidas ao seu filho.

Considero que posso facilmente encontrar a explicação para o sucesso da intervenção à luz da teoria do conforto de Kolcaba (2003) que menciona a existência de três tipos de conforto, o alívio, a tranquilidade e a transcendência, no alívio a resposta pode ser rapidamente atingida através de medidas que alteram os fatores que causam desconforto, como é o caso da dor, na tranquilidade é atingido um estado de calma e satisfação, mas num sentido mais duradouro e na transcendência existe um maior nível de conforto, onde são

satisfeitas necessidades de educação que capacitam a pessoa para alterar hábitos e crenças que lhe permitem ultrapassar o problema e viver a sua vida.

O conforto deve ser visto em quatro contextos, o físico, que se refere a sensações corporais, mecanismo homeostático, sistema imunológico, o psíquico, que compreende a consciência do “*self*” como a autoestima, identidade, sexualidade, o ambiental que se refere à fatores externos como a temperatura, luz, som, odores, mobiliário e o sociocultural que compreende as relações interpessoais, familiares e sociais, assim como tradições familiares, rituais e práticas religiosas (Kolcaba, 2003).

Para conseguir uma gestão da dor eficaz e para melhorar o conforto, Kolcaba (2003) defende que o enfermeiro deve identificar os estímulos que causam ou podem causar respostas individuais negativas que agravam a dor e atuar em conformidade, e que a identificação destes estímulos demonstra a importância de olhar para os cuidados de conforto de uma forma holística.

A teórica (Kolcaba, 2003) defende ainda que o conforto e a dor estão intimamente ligados e que se houver um incremento do conforto a dor será diminuída. Os cuidados de conforto englobam uma intervenção adequada e oportuna, desenvolvida de forma a transmitir bem-estar e empatia e com intenção de aliviar (Kolcaba, 2003).

Em relação ao primeiro e ao segundo momento, foram desenvolvidas intervenções destinadas a aliviar o desconforto sentido na altura, no contexto físico através da administração do analgésico e, no contexto ambiental pela promoção de um ambiente tranquilo no quarto.

Quanto ao terceiro momento, senti que tinha promovido uma relação terapêutica e de confiança que permitiu realizar ensinamentos direcionados às necessidades da sr.^a D. Maria. Intervenções educacionais da pessoa com dor, baseadas nas necessidades individuais da pessoa, promovem uma melhoria da gestão da dor (Schreiber, 2014). Senti ainda que tinha promovido o conforto no contexto psíquico, prestando suporte emocional através da escuta ativa, da gestão de expectativas, da gestão da dor, de ter mostrado compromisso para fornecer suporte quando necessitasse promovendo a segurança, do auxílio para encontrar o significado da dor e, ainda, no contexto sociocultural através da envolvimento do cuidador (OE, 2008; Kolcaba, 2003; Milhomens, 2017; NCCN, 2018; Turk et al., 2010). Esta atuação permitiu identificar as necessidades da

pessoa e família, proporcionando a estabilização e manutenção decorrente de patologia crónica e processos médicos complexos (OE, 2018).

Depois desta análise, consegui perceber que a minha intervenção, apesar de não ter sido preparada e de ter agido de forma natural, estava assente numa grande base de conhecimento adquirido. É claro que o sucesso também se deveu à colaboração da sr.^a que me foi dando *feedback* relativamente àquilo que ia sentindo. Por outro lado, apenas foi possível aceder a este conhecimento por ter mostrado disponibilidade a ouvir a pessoa e a estar atenta aos sinais que ela me transmitia, respeitando-os. A percepção que cada pessoa tem sobre o que é a sua dor influencia a forma como a mesma é vivida, a importância que lhe é dada e como serão experienciadas as consequências que dela advêm.

Embora o tempo de consulta seja limitado, este não é estanque e permite a individualização do cuidado de enfermagem em função das necessidades da pessoa entrevistada. Conhecer a individualidade da pessoa é um caminho moroso de percorrer sendo difícil fazê-lo na sua globalidade quando o tempo disponível para o mesmo é limitado. A pessoa com dor crónica possui um papel ativo no seu tratamento, pelo que a intervenção de enfermagem deve ser desenvolvida em parceria com a pessoa sendo o papel da educação imprescindível para que se estimule a autonomia.

Por outro lado, deve existir uma avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem implementadas, com base nas respostas da pessoa a vivenciar processos médicos complexos (OE, 2018), de forma a assegurar a eficácia e a continuidade das mesmas. Deste modo, após nove dias, contactei telefonicamente a sr.^a D. Maria para perceber como esta se encontrava. Referiu sentir-se melhor, afirmando estar a cumprir o esquema terapêutico, tendo necessitado apenas de realizar o fármaco de resgate por três vezes. Solicitei que realizasse a autoavaliação da sua dor através a escala de avaliação numérica, mencionou intensidades de dor: máxima 5; média 2; mínima 2. Quando questionada da intensidade do desconforto identificou o valor 5. Referiu ainda que a sua disposição física e emocional se encontrava melhorada, tendo realizado mais tarefas domésticas do que habitualmente.

Futuramente, perante uma situação semelhante à ocorrida, terei certamente uma intervenção em tudo parecida com a descrita, sendo a grande diferença, de que estarei muito mais consciente e, de certo modo, mais confiante

da minha atuação, uma vez que esta reflexão me levou a aprofundar todo o conhecimento até então adquirido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bader, M. (2013). Herpes Zoster: Diagnostic, Therapeutic, and Preventive Approaches. *Journal Postgraduate Medicine*, 125(5), 78-91. DOI:10.3810/pgm.2013.09.2703.

Dias, D., Santos, J., Raposo, C., Batalha, L., Ribeiro, A. & Ferreira, A. (2017). Obstipação Induzida Pelos Opióides em Doentes Oncológicos Adultos. *Revista Onco.News*. Acedido em 08/01/2018. Disponível em: https://www.aeop.pt/ficheiros/ON35_abst4.pdf

European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework*. Acedido em 21/11/2018. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingFramework2018.pdf>

Faustino, S. (2017). Aspetos Práticos Relacionados com o Controlo da Pessoa com Dor Crónica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.281-300). Lisboa: Fundação Grunenthal.

Jorge, L., Feres, C. & Teles, V. (2011). Topical Preparations for Pain Relief: Efficacy and Patient Adherence. *Journal of Pain Research*, 4,11-24. DOI:10.2147/JPR.S9492.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Reaserch*. New York: Springer Publishing Company. ISBN:0-8261-1633-7.

Milhomens, R. (2017). Terapêutica Não Farmacológica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.265-279). Lisboa: Fundação Grunenthal.

Moore, P., Mercado, S., Bravo-Soto, G., Olivares, C. & Lawrie, T. (2018). Communication Skills Training for Healthcare Professionals Working with People Who Have Cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), 1-124. DOI: 10.1002/14651858.CD003751.pub4.

National Comprehensive Cancer Network (2018). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Adult Cancer Pain*. Acedido em 06-02-2018. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos. Série 1. Número 1. Ordem dos Enfermeiros. ISBN:978-972-99646-9-5.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em 28-05-2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Acedido em 27-07-2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Organização Mundial de Saúde, (2017). WHO's Cancer Pain Ladder for Adults. Acedido em 30-05-2017. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

Scheiber, J. (2014). Understanding the Cancer Pain Experience. *Current Pain and Headache Reports*, 18(8), 440. DOI: 10.1007/s11916-014-0440-5.

Schieszer, M. (2017). Intervention Improves At-Home Pain Management and EOL Care. *Oncology Nursing Advisor*, 32-47. Acedido em 08-10-2018. Disponível em: <https://issuu.com/haymarket/docs/ona-septoct-2017>

Taverner, T. (2015). Neuropathic Pain in People with Cancer (part 2): Pharmacological and Non-farmacological Management. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 380-384. DOI:10.12968/ijpn.2015.21.8.380.

Turk, D., Audette, J., Levy, R., Mackey, S. & Stanos, S. (2010). Assessment and Treatment of Psychosocial Comorbidities in Patients with Neuropathic Pain. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(3), S42-S50. DOI:10.4065/mcp.2009.0648.

Apêndice 11 – Apresentação dos dados relativos aos episódios de dor

APRESENTAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS AOS EPISÓDIOS DE DOR

Os dados relativos aos episódios de dor presenciados no decorrer do estágio, foram tratados através de estatística descritiva, com recurso ao programa excel.

Das quatro pessoas, aos quais a totalidade destes episódios se associam, duas delas (50%) possuíam doença oncológica, 3 eram do sexo feminino (75%), e as suas idades eram compreendidas entre 57 e 81 anos, inclusivamente, sendo a média de 72 anos.

Para melhor compreender estes episódios de dor podem consultar-se as tabelas 1 e 2, seguidamente apresentadas, que compreendem as características da dor, o conforto, a intervenção realizada e a reavaliação da intervenção.

Para a avaliação da intensidade da dor recorreu-se à autoavaliação sempre que possível, através da aplicação da EAN (pessoa 3 e 4), quando tal não era exequível, recorreu-se à aplicação da escala comportamental PAINAD (pessoa 1 e 2). Atente-se que nos dados relativos ao conforto, apresenta-se a intensidade do conforto ou do desconforto pois, mediante a possibilidade de realizar a autoavaliação procedeu-se ao uso da Escala de Avaliação do Desconforto que avalia a intensidade do desconforto (pessoa 3 e 4) e, no caso de ser necessário realizar a heteroavaliação recorreu-se à proposta de tradução para a língua portuguesa da *Comfort Behaviors Checklist*, que avalia a intensidade do conforto (pessoa 1 e 2).

A identificação da localização da dor foi possível em 6 episódios, sendo que em dois deles essa identificação foi retirada com algumas dúvidas, dada a escassa colaboração da pessoa. A validação da presença ou não de irradiação, tal como a tipologia, foi possível apenas em 4 episódios. A duração caracterizou-se por ser contínua em 7 episódios e intermitente nos restantes 2. A mobilização foi referida com fator de exacerbação em todos os episódios, sendo que em 3 deles também foi referido um posicionamento específico. Por seu lado, como fator de alívio o repouso foi mencionado ou observado em 5 episódios, o posicionamento em 7 e por fim, a voz de um familiar em 1.

Relativamente aos valores da intensidade da dor nas avaliações prévias à intervenção, aquando da utilização da escala PAINAD variaram entre 3 e 7, equivalendo a uma intensidade de dor média de 4,8. Por seu lado, aquando da

aplicação de EAN foram referidas intensidades de dor variáveis entre 5 e 9, equivalendo a uma intensidade média de 6,3. Após a intervenção verificou-se uma descida das intensidades de dor em todos os episódios, verificando-se uma intensidade de dor média de 1,4 nos episódios em que foi utilizada a PAINAD e de 2,3 nos episódios em que foi aplicada a EAN.

Verificou-se, também, o aumento do conforto ou a diminuição do desconforto em todos os episódios mencionados, a média do conforto inicial foi pontuada em 52,8, aumentando para 78,0 após intervenção, quanto à intensidade média do desconforto, inicialmente encontrava-se em 8 e após intervenção reduziu para 5.

Estas intervenções acima mencionadas pautaram-se pela combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas em 7 dos episódios, e somente por intervenções não farmacológicas em 2 episódios, podendo ser consultadas com maior detalhe na tabela 2.

Tabela 1 – Apresentação das características da dor e da intensidade do conforto ou desconforto dos episódios de dor.

Pessoa	Episódio	Características da Dor								Conforto
		Localização	Presença de irradiação	Tipo	Duração	Fatores de Exacerbação	Fatores de Alívio	Intensidade	Escala Utilizada	Intensidade do Conforto/ Desconforto
Pessoa 1	1A	Não identificável	Não identificável	Não identificável	Contínua	Mobilização	Posicionamento	7	PAINAD	Conforto 36
	1B	Não identificável	Não identificável	Não identificável	Contínua	Mobilização	Posicionamento Voz da filha	5	PAINAD	Conforto 46
	1C	Não identificável	Não identificável	Não identificável	Contínua	Mobilização	Posicionamento	3	PAINAD	Conforto 66
Pessoa 2	2A	Membros Inferiores (?)	Não identificável	Não identificável	Intermitente	Mobilização	Repouso	6	PAINAD	Conforto 48
	2B	Membros Inferiores (?)	Não identificável	Não identificável	Intermitente	Mobilização	Repouso	3	PAINAD	Conforto 68
Pessoa 3	3A	Região lombar	Não	Moinha Aperto	Contínua	Mobilização Decúbito Dorsal	Decúbito lateral Repouso	6	EAN	Desconforto 10
	3B	Região lombar	Não	Moinha	Contínua	Mobilização Decúbito Dorsal	Decúbito lateral Repouso	5	EAN	Desconforto 6
	3C	Região lombar	Não	Moinha Aperto	Contínua	Mobilização Decúbito Dorsal	Decúbito lateral Repouso	5	EAN	Desconforto 6
Pessoa 4	4A	Membro superior esquerdo	Não	Moinha	Contínua	Mobilização	Decúbito lateral direito	9	EAN	Desconforto 10

Tabela 2 – Apresentação da intervenção realizada e dos dados de avaliação da sua eficácia.

Pessoa	Episódio	Intervenção		Avaliação da Intervenção		
		Intervenção Farmacológica	Intervenção Não Farmacológica	Intensidade da Dor	Escala Utilizada	Intensidade do Conforto/ Desconforto
Pessoa 1	1A	Administração do fármaco de resgate	Posicionamento terapêutico	3	PAINAD	Conforto 69
	1B	Ajuste do esquema analgésico Administração do fármaco de resgate	Posicionamento terapêutico, envolvimento dos cuidadores, musicoterapia	2	PAINAD	Conforto 75
	1C	Não realizada	Posicionamento terapêutico, musicoterapia	1	PAINAD	Conforto 83
Pessoa 2	2A	Administração do fármaco de resgate	Posicionamento terapêutico, toque terapêutico	1	PAINAD	Conforto 77
	2B	Não realizada	Posicionamento terapêutico, toque terapêutico	0	PAINAD	Conforto 86
Pessoa 3	3A	Administração do fármaco de resgate	Toque terapêutico, escuta ativa, auxílio a encontrar o significado da dor, posicionamento terapêutico, adaptação do ambiente	2	EAN	Desconforto 5
	3B	Administração do fármaco de resgate	Envolvência dos cuidadores, distração, posicionamento terapêutico	2	EAN	Desconforto 4
	3C	Ajuste do esquema analgésico Administração do fármaco de resgate	Posicionamento terapêutico, adaptação do ambiente, relaxamento, musicoterapia	1	EAN	Desconforto 4
Pessoa 4	4A	Administração do fármaco de resgate	Posicionamento terapêutico, adaptação do ambiente, escuta ativa, gestão de expectativas	4	EAN	Desconforto 7

**Apêndice 12 – Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs sobre
“A multidimensionalidade da dor”**

REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO DE GIBBS SOBRE “A MULTIDIMENSIONALIDADE DA DOR”

Este episódio ocorreu durante o estágio realizado na Unidade de Cuidados Paliativos. Neste local, encontrava-se internado o sr. José, de nome fictício, de 62 anos, engenheiro eletromecânico, que previamente residia com a sua esposa e as suas duas filhas. O diagnóstico principal era astrocitoma anaplásico cerebral do hemisfério esquerdo, diagnosticado em 2013, tendo sido submetido a cirurgia e a radioterapia holocraniana. Manteve-se independente e com atividade laboral até junho 2017, altura em que começou a apresentar desequilíbrio na marcha e disartria. O intervalo temporal decorrido até à admissão nesta UCP, novembro de 2017, implicou múltiplos internamentos, associados ao progressivo agravamento do seu estado neurológico e funcional, tendo no último internamento sido referenciado a uma unidade de cuidados paliativos, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para controlo sintomático, da dor, do cansaço e da ansiedade, assim como por exaustão do cuidador.

À observação apresentava-se consciente, orientado na pessoa e no espaço, manifestando-se alguns episódios de desorientação no tempo. A nível funcional apresentava diminuição da força no hemicorpo direito com dependência marcada na realização das atividades de vida diárias. Realizava levante diário para a cadeira de rodas ou cadeirão executando carga efetiva no membro inferior esquerdo.

Num determinado dia, durante a passagem de ocorrências entre troca de turnos, ouvi os relatos de um colega acerca do quadro de dor do sr. José, sendo mencionado que a dor, parecia intensificar-se sempre que era solicitado a estabelecer discurso, e que o fácies que apresentava parecia desadequado à intensidade da dor manifestada. De imediato propus-me a ser eu a prestar os cuidados ao sr. José durante aquele turno para tentar perceber melhor toda a situação.

Fui ter com o sr. José e perguntei-lhe se estaria disponível para conversar comigo. A sua reação inicial foi de impaciência. Parecia não estar com disposição para tal, levando-me a garantir-lhe que apenas falaria sobre o que quisesse e durante o tempo que quisesse, podendo interromper a conversa em qualquer momento. Após a sua anuência iniciei a entrevista tendo por base o instrumento

de apoio à entrevista de enfermagem. Iniciei a conversa por questionar a localização da sua dor, ao que me referiu ser todo o hemicorpo esquerdo, solicitei que tentasse que especificar um pouco melhor, acabando por verbalizar que era mais acentuada ao nível de todo o membro superior, tipo moínha, com duração contínua, exacerbada à mobilização e de alívio com o posicionamento em decúbito lateral direito. Passei então à avaliação da intensidade da dor, apresentei a EAN tendo o sr. José referido já conhecer o instrumento. Quando questionei qual o valor de intensidade mencionou “É um 9!” (SIC), com receio de que houvesse alguma má interpretação da escala ressalvei que o valor 10 se prendia com a pior dor que pudesse imaginar questionando se, ainda assim, mantinha a mesma avaliação, ao que mencionou “Sim, é um 9. Desde que vim para aqui a minha dor ficou pior...” (SIC). Posto isto, prontifiquei-me a ir buscar o fármaco de resgate, o que de imediato recusou, uma vez que se encontrava em decúbito dorsal prontifiquei-me então para posicioná-lo no decúbito que lhe permitia maior alívio da sua dor, tendo recusado novamente. Questionei, então, se da parte do sr. José era possível dar continuidade à entrevista, tendo dado o seu consentimento, continuei. Solicitado a avaliar a intensidade da dor mínima, média e máxima ao longo da semana anterior referiu, respetivamente, valores de 9, 9 e 10.

Quanto à interferência da dor nas suas atividades de vida, em todos os itens avaliados, “atividade geral”, “disposição”, “relações com as outras pessoas”, “sono” e “prazer de viver” classificou-se com 10. A “capacidade de andar a pé” e o “trabalho normal” não foram avaliados dado não se considerar aplicável à condição de dependência do sr. José. Seguidamente apresentei a escala de avaliação do desconforto, no qual igualmente se avaliou no valor 10, tendo nesse momento mencionado “O que me causa desconforto é estar aqui...” (SIC). Naquele momento manifestou sentir-se cansado, questionando se podíamos dar continuidade à conversa noutra altura. Naturalmente assenti, voltei a disponibilizar-me para lhe alternar o decúbito ou fornecer o fármaco de resgate, ou mais alguma coisa que achasse conveniente, o que mais uma vez recusou. Agradei a sua colaboração e acordámos continuar a nossa conversa quando as condições estivessem todas reunidas.

Depois de refletir sobre a avaliação que havia ocorrido, sobre a autoavaliação da intensidade da dor e do desconforto, sobre o impacto da dor mencionado nas atividades de vida diárias, e sobre as frases proferidas, senti,

acima de tudo que o sr. José não estava tranquilo e necessitava de ajuda, mas que dificilmente a iria pedir, por não querer ou por nem se aperceber que dela precisava. Benner (2005) menciona que muitas pessoas não mostram necessitar de ajuda dado tal lhes permitir manter a sensação de controlo sobre si próprias.

Considerando o facto de que, mesmo com dor classificada em 9 se mantinha a conversar comigo e recusava qualquer tipo de intervenção da minha parte no sentido do seu alívio e atendendo à premissa de que só a pessoa pode dizer “o quanto lhe dói a dor que sente” (Pina, 2017c, p.123), a minha perceção foi de que a dor “física” que sentia no membro superior direito não seria o principal fator de todo o desconforto e dor manifestados.

Questionei-me então sobre a forma como tinha corrido a entrevista, se a minha abordagem, a minha conduta ou as minhas perguntas tinham sido as mais apropriadas perante a pessoa e a situação em causa. Depois de analisar a minha atuação, pareceu-me que tudo tinha sido feito adequadamente, no entanto, o resultado não correspondia às minhas expectativas.

Então, o que o teria levado o sr. José a reconhecer como causa do seu desconforto o facto de se encontrar neste local que tem como objetivo primordial confortar?

A dor crónica e o impacto que esta tem na qualidade de vida da pessoa podem ter efeitos devastadores, tornando-se no elemento central da vida da pessoa, dada a abrangência que tem nas dimensões psicológica, social e espiritual (Diniz e Naves, 2017). Pela sua multidimensionalidade, a dor crónica interfere nas diferentes necessidades de conforto, alívio tranquilidade e transcendência, e em qualquer um dos seus contextos, físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003). O conforto é um termo amplo, onde a gestão da dor tem um papel interveniente, aspetos como a ansiedade, o medo, a raiva, a culpa, a solidão e a incapacidade são elementos intensificadores da dor da pessoa que necessitam de ser acedidos para que se possa intervir em conformidade (Kolcaba, 2003).

A própria permanência numa unidade de cuidados paliativos, reconhecida como um local promotor de conforto, pode ser por si só causadora de desconforto, dado interferir nos contextos ambiental, psicoespiritual e sociocultural deste, pois, para além da pessoa se encontrar num meio envolvente diferente do seu, é confrontada com a sua própria vulnerabilidade, com as suas perdas físicas e

sociais e com a sua própria finitude (Coelho, Bravo, Parola e Apóstolo, 2016; Kolcaba, 2003). O conforto que resulta, do afeto dos pares, dos amigos e da família ficam comprometidos, dadas as limitações causadas por imposição de distâncias e disponibilidades de horário (Coelho et al., 2016).

Após análise verifico que será necessário, na segunda abordagem, efetuar perguntas mais abertas, e recorrer à escuta ativa de forma a estimular o sr. José falar sobre a sua dor expondo os seus reais medos e preocupações, pois só a partir daí será possível desenvolver intervenções que consigam atenuar o seu desconforto e alcançar o estado de transcendência. Para tal, são necessárias medidas de conforto para a alma que visem auxiliar o ajuste à sua nova condição e encorajar a aceitação das suas perdas, para que consiga superar problemas que não podem ser evitados de modo a conseguir viver a sua vida, ou a promover uma morte tranquila (Kolcaba, 2003).

Na sequência da realização deste processo reflexivo considere pertinente sinalizar o sr. José à psicóloga pertencente à equipa multidisciplinar, ficando assim demonstradas habilidades para fornecer informação dentro da equipa multidisciplinar de forma a promover a melhoria dos cuidados prestados (EONS, 2018).

Consigo agora perceber melhor o impacto que, o facto de uma pessoa se encontrar internada numa unidade de cuidados paliativos, pode ter nas diversas dimensões da dor. Psicologicamente, ao perceber que a sua vida se encaminha para a finitude e que se encontra num local onde se espera que consiga percorrer esse caminho da forma mais confortável possível. Socialmente, dado todas as suas relações se encontrarem interrompidas e dependentes de um conjunto de condições para que sejam realizáveis, ficando o seu papel social reduzido àquilo que foi no passado. Espiritualmente, por um lado, pode existir uma necessidade de acreditar em algo que possa atenuar o sofrimento ou encontrar explicações, por outro, pode ser uma fase de grandes interrogações acerca daquilo em que acredita, dada a situação que atravessa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2005) - De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. 2ª ed. Coimbra: Quarteto editora.

Coelho, A., Bravo, M., Parola, V. & Apóstolo, J. (2016). Confort Experience in Palliative Care: A Phenomenological Study. *BMC Palliative Care*, (15) 71, 1-8. DOI:10.1186/s12904-016-0145-0.

Diniz, L. & Naves, F. (2017). Dor Crónica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.83-94). Lisboa: Fundação Grunenthal.

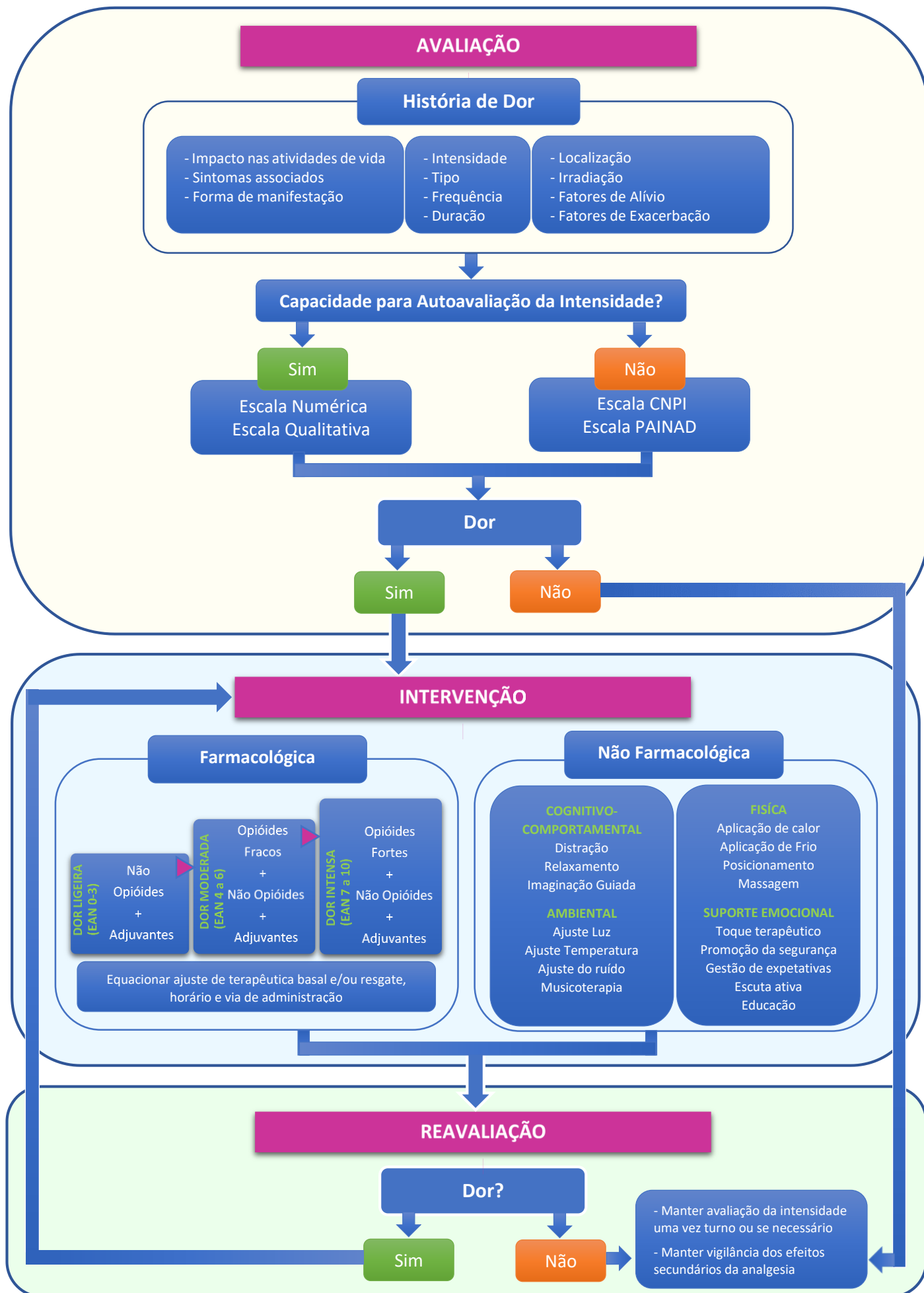
European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework*. Acedido em 21/11/2018. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingFramework2018.pdf>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company. ISBN:0-8261-1633-7.

Pina, P. (2017c). Tratamento Farmacológico da Dor Crónica. Fármacos Não Opióides. Analgésicos Opióides (Doses Fracas). In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.121-152). Lisboa: Fundação Grunenthal.

Apêndice 13 – Fluxograma de gestão da dor crónica

FLUXOGRAMA DE GESTÃO DA DOR CRÓNICA



Apêndice 14 – Plano de sessão da formação

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Intervenção de Enfermagem na Gestão da Dor Crónica da Pessoa com Doença Oncológica

FORMADORA: Mestranda Sofia Ribeiro

DATAS: 08 e 10 de Janeiro de 2018 **HORA:** 14h **LOCAL:** Sala [REDACTED] **DURAÇÃO:** 01h30 **DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros do Internamento [REDACTED]

OBJECTIVO GERAL: Sensibilizar a equipa no âmbito da promoção da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença oncológica na gestão da dor crónica.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS: Identificar as características da dor crónica na pessoa com doença oncológica; promover a seleção adequada dos instrumentos de avaliação da dor de acordo com as características da pessoa; identificar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas disponíveis para a gestão da dor crónica; apresentar o fluxograma de gestão da dor crónica; promover a reflexão da equipa sobre a prática dos cuidados prestados na dor crónica da pessoa com doença oncológica.

ETAPAS	CONTEÚDO	METODOLOGIA	RECURSOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Apresentação do projeto e dos objetivos da sessão	Expositiva	Computador Videoprojector	05 minutos
DESENVOLVIMENTO	Definições e Conceitos Instrumentos de Avaliação Intervenção Farmacológica e Não Farmacológica Fluxograma de Gestão da Dor Crónica Registos no Processo de Enfermagem	Expositiva Interrogativa Ativa	Computador Videoprojector Instrumentos de Avaliação da Dor Código Visual da Dor Fluxograma de Gestão da Dor Crónica	50 minutos
CONCLUSÃO	Síntese dos conteúdos Análise das práticas desenvolvidas no serviço à luz dos conteúdos apresentados Preenchimento de formulário de avaliação da sessão formativa	Expositiva Ativa Discussão	Formulário de avaliação da sessão formativa em uso na instituição	35 minutos

Apêndice 15 – Slides da sessão de formação

Intervenção de Enfermagem na Gestão da Dor Crónica da Pessoa com Doença Oncológica

Enf. Sofia Ribeiro

Lisboa, Janeiro de 2018

*“Avaliar a dor apenas pela sua intensidade é como
descrever a música apenas pelo seu volume”*

Dr. Carl van Beyer

OBJETIVOS

- Compreender o fenómeno da dor crónica na pessoa com doença oncológica;
- Promover a seleção adequada dos instrumentos de avaliação da dor;
- Identificar intervenções farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor crónica;
- Apresentar o fluxograma de gestão da dor crónica;
- Promover a reflexão da equipa sobre a prática dos cuidados prestados na dor crónica da pessoa com doença oncológica.

SUMÁRIO

- Definições e conceitos
- Dor Crónica Oncológica
- Fisiologia da Dor
- Instrumentos de Avaliação
- Intervenção Farmacológica e Não Farmacológica
- Monitorização de Efeitos Secundários
- Fluxograma de Gestão da Dor Crónica
- Registos no Processo de Enfermagem

TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

- **ENFERMAGEM** - processo de avaliação intencional das necessidades de conforto da pessoa, seguido do desenvolvimento, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem adequadas
- **CONFORTO** - experiência imediata, individual e holística de fortalecimento que resulta da satisfação de três necessidades, alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental.

(Kolcaba, 2003)

TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

- **ALÍVIO** - caracteriza-se por ter um desconforto específico ultrapassado ou diminuído
- **TRANQUILIDADE** - estado de calma e satisfação, num sentido mais duradouro, que pode estar relacionado com as experiências pessoais relativas a uma necessidade em particular
- **TRANSCENDÊNCIA** - capacidade de ultrapassar desconfortos que não podem ser evitados ou eliminados, engloba inspiração, motivação e força, a supressão desta necessidade

(Kolcaba, 2003)

TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

- CONTEXTO FÍSICO - refere-se a aspetos como sensações corporais, mecanismo homeostático e sistema imunitário
- CONTEXTO PSICOESPIRITUAL - compreende o significado da vida, a consciência interna de si próprio, como a autoestima, a identidade e a sexualidade

(Kolcaba, 2003)

7

TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

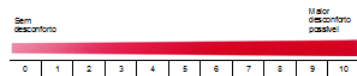
- CONTEXTO AMBIENTAL - refere-se a fatores externos como a temperatura, som, luz, odores e mobiliário
- CONTEXTO O SOCIOCULTURAL - compreende as relações familiares e sociais, assim como vestuário, tradições e rituais

(Kolcaba, 2003)

8

TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

ESCALA VISUAL DO DESCONFORTO



(Kolcaba, 2010)

9

DOR

Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão

(IASP, 2011)

10

CLASSIFICAÇÃO TEMPORAL

DOR AGUDA

- Limitada no tempo
- Mecanismo sinalizador de lesão ou disfuncionalidade orgânica
- Deve ser controlada para evitar desconforto e diminuir o risco de complicações e perpetuação

(APED, 2017; DGS, 2013)

11

CLASSIFICAÇÃO TEMPORAL

DOR CRÔNICA

- Persiste durante três ou mais meses para além da lesão que lhe deu origem e podendo não ter uma lesão associada
- Função destrutiva e adversa com repercussões na saúde física e mental
- Dor crónica oncológica ou não oncológica (APED, 2017; Diniz e Naves, 2017)

Não deve ser considerada um mero sintoma mas uma doença em si mesma (DGS, 2013)

DOR TOTAL

Pela interferência que a dor crónica tem ao nível físico, social, emocional e espiritual pode tornar-se o elemento central da vida da pessoa

(Diniz e Naves 2017)

12

DOR CRÔNICA ONCOLÓGICA

- Sintoma comum ao longo da trajetória da doença oncológica, reportada por mais de 70% das pessoas, estimando-se inadequado controlado em 50% dos casos.

(Neufeld, Einahal e Alvarez, 2017)

- Prevalence em 39,3% das pessoas após o tratamento curativo, em 55,0% durante o tratamento antineoplásico e em 66,4% das pessoas com doença avançada, metastática ou terminal.

(Everdingen, Hochstenbach, Joosten, Tjan-Heijnen e Janssen, 2016)

13

DOR CRÔNICA ONCOLÓGICA

IMPACTO DA DOR NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

- Diminuição da autonomia
- Desafio à dignidade
- Sensação de morte súbita
- Diminuição da qualidade de vida
- Sensação de agravamento do prognóstico

(Ritto e Rocha, 2017)

14

DOR CRÔNICA ONCOLÓGICA

DOR IRRUPTIVA

- Surge de forma episódica podendo estar associada a um fator incidental ou irromper de forma não expectável, caracterizando-se por um aumento momentâneo da intensidade da dor numa pessoa com dor crônica basal controlada

(Pina, 2017b)

DOR BASAL

DOR CRÔNICA CONTROLADA

- Nível de dor que a própria pessoa considera tolerável

(Cancer Care Ontario (CCO), 2012; Mercadante, 2011; Pina, 2017b)

15

FISIOLOGIA DA DOR

DOR NOCICEPTIVA

- Resulta de um processo fisiológico normal onde ocorre ativação, transmissão e processamento no sistema nervoso de estímulos que causam lesão tecidual.
- Somática - ossos, músculos e articulações
- Visceral - vísceras e órgãos internos

(Costa, 2017; Pina, 2017b)

16

FISIOLOGIA DA DOR

DOR NEUROPÁTICA

- Causada por dano ou disfunção primária do sistema nervoso central ou periférico gerando uma transmissão nervosa anormal, havendo distorção da percepção da dor
- Hiperálgia, Alodinia, Hiperestesia

(Costa, 2017; Pina, 2017b)

DOR MISTA

- Aquando a ocorrência de dor neuropática e dor nociceptiva em simultâneo

(Diniz e Naves, 2017)

17

HISTÓRIA DE DOR

- Intensidade
- Tipo de dor
- Frequência
- Duração
- Localização
- Irradiação
- Fatores de alívio
- Fatores de agravamento
- Formas de manifestação
- Impacto nas atividades de vida
- Impacto emocional, social e espiritual
- Sintomas associados

(OE, 2008; CCO, 2012; NCCN, 2018)

18

BARREIRAS NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA

RELACIONADOS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Insuficiente/inadequada formação na área
- Desvalorização da dor
- Receios acerca da utilização dos fármacos
- Receios dos efeitos secundários dos analgésicos

(Al Khalilieh e Al Qadire, 2012; CCO, 2012; Known, 2014; Ritto e Rocha, 2017)

19

BARREIRAS NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA

RELACIONADAS COM O DOENTE E A FAMÍLIA

- Relutância ou medo de falar na dor
- Medo de desviar a atenção da doença de base
- Dor = agravamento da doença
- Relutância em tomar medicamentos
- Medo da dependência
- Receio dos efeitos secundários
- Medo da tolerância ao fármaco

(Al Khalilieh e Al Qadire, 2012; CCO, 2012; Known, 2014; Ritto e Rocha, 2017)

20

BARREIRAS NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA

RELACIONADAS COM O SISTEMA DE SAÚDE

- Desvalorização da importância dada à dor
- Dificuldades de acesso à terapêutica
- Restrições à prescrição de opióides
- Custo dos tratamentos

(Al Khalilieh e Al Qadire, 2012; CCO, 2012; Known, 2014; Ritto e Rocha, 2017)

21

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

ESCALAS DE AUTOAVALIAÇÃO

- ▶ Unidimensionais
 - Numérica
 - Qualitativa
 - Visual Analógica
 - Faces Revista
- ▶ Multidimensionais
 - Inventário Resumido da Dor

(OE, 2008; Ritto e Rocha 2017)

22

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

ESCALAS DE HETEROAVALIAÇÃO

- ▶ Escalas Comportamentais
 - Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)
 - PAINAD
 - Doloplus

ESCALAS DE RASTREIO DA DOR NEUROPÁTICA

- Questionário da Dor Neuropática (DN4)

(Feldt, 2000; OE, 2008; Ritto e Rocha 2017)

23

ESCALAS DE AUTOAVALIAÇÃO UNIDIMENSIONAIS

Escala Numérica



VANTAGENS

- › Facilmente perceptível pela maioria dos doentes
- › Reavaliações fidedignas
- › Facilmente aplicável

DESvantagens

- › Possibilidade de falsear resultados

(OE, 2008; Ritto e Rocha 2017)

24

ESCALAS DE AUTOAVALIAÇÃO UNIDIMENSIONAIS

Escala Visual Analógica



VANTAGENS

- › Fidedigna
- › Não sugestiona o doente

DESVANTAGENS

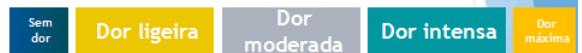
- › Difícilmente perceptível

(OE, 2008; Ritto e Rocha 2017)

25

ESCALAS DE AUTOAVALIAÇÃO UNIDIMENSIONAIS

Escala Qualitativa



VANTAGENS

- › Facilmente perceptível
- › Facilita a explicação das outras escalas

DESVANTAGENS

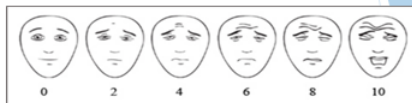
- › Enorme subjetividade

(OE, 2008; Ritto e Rocha 2017)

26

ESCALAS DE AUTOAVALIAÇÃO UNIDIMENSIONAIS

Escala das Faces Revista



VANTAGENS

- › Recurso quando as outras escalas não são aplicáveis ou perceptíveis

DESVANTAGENS

- › Pode refletir o estado emocional e não a dor

(OE, 2008; Ritto e Rocha 2017)

27

ESCALAS DE HETEROAVALIAÇÃO

Escala CNPI

Behavior	With Movement	At rest
1. Vocal complaints: Nonverbal (Sighs, gasps, moans, groans, cries)		
1. Facial Grimaces/Vinces (Furrowed brow, narrowed eyes, clenched teeth, tightened lips, jaw drop, distorted expressions)		
1. Bracing (Clutching or holding onto furniture, equipment or affected area during movement)		
1. Restlessness (Constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent or constant hand motions, inability to keep still)		
1. Rubbing (Massaging affected area)		
1. Vocal Complaints: Verbal (Words expressing discomfort or pain [e.g., "ouch", "that hurts"], Cursing during movement, exclamations of protest [e.g., "stop", "that's enough"])		
Subtotal Scores		
Total Scores		

(Feldt, 2000)

28

ESCALAS DE HETEROAVALIAÇÃO

Escala PAINAD (Versão Portuguesa)

Categoria	Item	Pontuação
	Normal	0
Respiração independente da vocalização	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração Cheyne-Stok.	2
	Resmungos.	0
Vocalização negativa	Queixume ou gemido ocasional.	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação. Chamamento perturbado repetitivo.	2
	Queixume ou gemido alto. Choro. Sorriso triste ou inexpressivo.	0
Expressão facial	Triste. Amedrontada. Sobranceiras franzidas.	1
	Triste. Amedrontada. Sobranceiras franzidas.	2
	Triste. Amedrontada. Sobranceiras franzidas.	0
Linguagem corporal	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiosa. Irraqueta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos trêpidos. Resistência a aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
	Sem necessidade de consolo.	0
Consolabilidade	Ultratido ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

(Batalha et al, 2012)

29

ESCALA DE RASTREIO DA DOR NEUROPÁTICA

Questionário Específico de Dor Neuropática - DN4

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

Questão 1: A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

	Sim	Não
1- Queimadura		
2- Sensação de frio doloroso		
3- Choques elétricos		

Questão 2: Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?

	Sim	Não
4- Formiguelo		
5- Picadas		
6- Dormência		
7- Comichão		

(Azevedo et al, 2007)

30

ESCALA DE RASTREIO DA DOR NEUROPÁTICA

Questionário Específico de Dor Neuropática - DN4 (continuação)

EXAME DO DOENTE

Questão 3: A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia:

- 1- Hipoestesia ao tacto
- 2- Hipoestesia a picada

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

- 3- Fricção leve ("brushing")

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Azevedo et al, 2007) 31

AValiação DA INTENSIDADE DA DOR

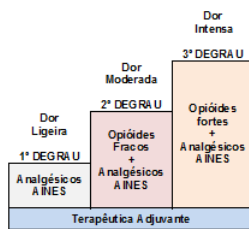
- A pessoa é a melhor avaliadora da sua dor
- A dor é o que a pessoa diz que é
- Transmitir à pessoa a importância da avaliação da dor através das escalas
- Utilizar sempre a mesma escala, alterando apenas se a condição da pessoa o justificar
- Dificuldade na autoavaliação é sinónimo de escala inadequada

(Ritto e Rocha, 2017)

32

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA

ESCALA ANALGÉSICA DA OMS



(OMS, 2017) 33

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA

ANALGÉSICOS E AINES

Paracetamol
Nolotil
AINES

TERAPÊUTICA ADJUVANTE

Ansiolíticos
Antidepressivos
Corticosteróides
Relaxantes musculares
Anti-convulsivantes

(Pina, 2017b)

34

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA - OPIÓIDES FRACOS

CODEÍNA

- ▶ Vias de administração:
Oral, Retal
- ▶ Potência analgésica 10X inferior à Morfina
- ▶ Existe em associação com outros fármacos
- ▶ Dose máxima diária recomendada - 240mg



(Pina, 2017b)

35

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA - OPIÓIDES FRACOS

TRAMADOL

- ▶ Vias de administração
Oral, Sub-lingual, IV, SC, Retal
- ▶ Potência analgésica 5X inferior à Morfina
- ▶ Libertação rápida ou prolongada
- ▶ Alerta para apresentação em gotas vs doseador
- ▶ Dose máxima diária recomendada - 400mg



(Pina, 2017b)

36

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA - OPIÓIDES FORTES

MORFINA

- ▶ Vias de administração
Oral, IV, SC, IM, Retal, Epidural, Intratecal
- ▶ Todos os opióides são equiparados à potência analgésica da Morfina
- ▶ Liberação rápida ou prolongada (esta última não fracionável)
- ▶ A dose que alivia é a dose certa!
- ▶ Não tem dose teto, o limite da dose é a intolerância aos efeitos secundários!

(Pina, 2017b)

37

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA - OPIÓIDES FORTES

MORFINA

- ▶ **Dose regular/basal** - dose de opióide prescrita em horários fixos
- ▶ **Dose resgate** - dose extra do opióide para resgate da analgesia (SQS) (metade da dose titulada de 4/4h ou segundo prescrição)
- ▶ **Dose total** - soma das doses de opióide administradas nas 24 horas (dose regular + dose resgate)
- ▶ **Morfina de longa duração** - deve-se somar a dose total diária e dividi-la em duas tomas (12/12h)

(Pina, 2017b)

38

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA - OPIÓIDES FORTES

HIDROMORFONA

- ▶ Vias de administração
Oral (4, 8, 16, 32 e 64mg)
- ▶ Potência analgésica 5X superior à Morfina
- ▶ Liberação prolongada em 24h - Toma única!
- ▶ Não fracionável
- ▶ Cápsula expelida nas fezes



(Pina, 2017b)

39

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA - OPIÓIDES FORTES

BUPRENORFINA

- ▶ Vias de administração
Sublingual, Transdérmico
- ▶ Potência analgésica 60X superior à Morfina
- ▶ Substituição do transdérmico de 3,5/3,5dias



(Pina, 2017b)

40

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA - OPIÓIDES FORTES

FENTANILO

- ▶ Vias de administração
Sublingual, IV, Transmucoso, Transdérmico
- ▶ Potência analgésica cerca de 100X superior à Morfina
- ▶ Substituição do transdérmico de 3/3dias
- ▶ Transmucoso - aplicação contra a bochecha girando o aplicador (humedecer a mucosa oral em caso de secura de boca)



(Pina, 2017b)

41

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA - OPIÓIDES FORTES

VIA TRANSDÉRMICA - RECOMENDAÇÕES

- Não barbear a zona de aplicação
- Alternar a zona de aplicação frequentemente
- Não colocar adesivo sobre o penso - se não adere tem grande risco de descolar, não é a via adequada!

(Faustino, 2017)

42

EFEITOS SECUNDÁRIOS DOS OPIÓIDES

FREQUENTES

- Obstipação (associar sempre laxante ao opióide)
- Náuseas e Vômitos
- Tonturas
- Sedação
- Sudorese

OUTROS

- Síndrome confusional
- Miclonias / convulsões
- Hiperalgesia
- Depressão respiratória

(Faustino, 2017)

43

PRÍNCÍPIOS GERAIS

- Pelo relógio - fundamental o cumprimento do esquema horário
- Pela boca - dar preferência à via oral sempre que possível
- Pela escada - seguir a escada analgésica da OMS
- Para a pessoa - individualização
- Disponibilização de dose de resgate
- Não usar mais do que um fármaco de cada degrau
- Estabelecer com o doente objetivos válidos e realistas

(Pina, 2017c)

44

PRÍNCÍPIOS GERAIS

- Abordagem multimodal - combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, técnicas invasivas e não invasivas, analgésicos não opióides, opióides e fármacos adjuvantes
- Avaliar a resposta e reajustar a intervenção regularmente
- A dose ótima de um opióide determina-se por titulação e não por tabelas de equianalgesia
- As tabelas de equianalgesia são uma ferramenta útil para definir uma dose inicial prudente com o novo opióide

(Pina 2017c; Faustino, 2017)

45

TÉCNICAS INVASIVAS

- Bloqueio de nervos periféricos (supraescapular, intercostal)
- Bloqueios centrais (epidural)
- Bloqueios neurolíticos
- Infiltração de pontos específicos
- Seringas infusoras (PCA) Via SC, IV ou Epidural

(Faustino, 2017)

46

INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA

COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

- Distração
- Relaxamento
- Imaginação guiada
- Treino de habilidades de coping...

FÍSICAS

- Aplicação de calor/frio
- Posicionamento terapêutico
- Massagem...

(Brant, 2014; Milhomens, 2017; OE, 2008)

47

INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA

AMBIENTAIS

- Ajuste da temperatura
- Ajuste da luminosidade
- Ajuste do ruído
- Musicoterapia...

SUORTE EMOCIONAL

- Toque terapêutico
- Promoção da sensação de segurança
- Gestão de expectativas
- Escuta ativa
- Educação...

(Brant, 2014; Milhomens, 2017; OE, 2008)

48

INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA

EDUCAÇÃO

- compreensão o que é a dor crônica
- gestão esquema terapêutico
- gestão do resgate
- desmistificação das crenças e preconceitos associados aos opióides
- gestão dos efeitos secundários
- estratégias não farmacológicas
- importância de procurar apoio dos profissionais de saúde

(Al Qadire, 2012; CCO, 2012; Faustino, 2017; Milhomens, 2017)

49

REGISTOS NO PROCESSO DE ENFERMAGEM

- Registrar a informação da história de dor na avaliação inicial ou nota de entrada de enfermagem
- Registrar a intensidade da dor pelo menos uma vez turno
- Registrar claramente a escala utilizada
- Em caso de presença de dor, registrar em notas de enfermagem de seguimento o tipo de dor, a frequência, a duração, a localização, a irradiação, os fatores de alívio, os fatores de agravamento e as intervenções desenvolvidas
- Registrar a reavaliação da intensidade da dor e da eficácia das intervenções realizadas

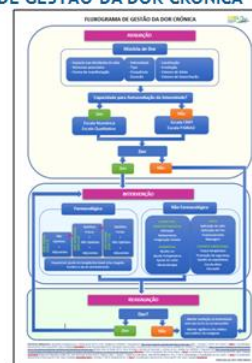
50

AUDITORIAS AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM DA DOR

	Indicador	Resultado
Indicador 1	Taxa de registo contínuo da avaliação da intensidade da dor	100%
Indicador 2	Taxa de conformidade na seleção adequada da escala	29%
Indicador 3	Taxa de registo das intervenções desenvolvidas	50%
Indicador 4	Taxa de registo da avaliação da das intervenções desenvolvidas	0%

51

FLUXOGRAMA DE GESTÃO DA DOR CRÔNICA



52

DISCUSSÃO

53

REFERÊNCIAS BIBLIORÁFICAS

- ▶ Al Khalaileh, M. & Al Qadire, M. (2012). Barriers to Cancer Pain Management: Jordanian Nurses's Perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(11), 535-540. DOI:10.12968/ijpn.2012.18.11.535.
- ▶ Al Qadire, M. (2012). Patient-Related Barriers to Cancer Pain Management in Jordan. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 34 (1), 528-531. DOI:10.1097/MPH.0b013e318249ad34
- ▶ Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2017). *A Dor*. Acedido em 10/05/2017. Disponível em: <http://www.aped-dor.com/index.php/sobre-a-dor/a-dor>
- ▶ Azevedo, L., Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., ... Lopes, J. (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastrear e Avaliação do Impacto da Dor Crônica. *Dor*, 15(4), 6-56. ISSN: 0872-4814.
- ▶ Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V. & Morgado, T. (2012). Adaptação Cultural e Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (8), 7-16. DOI: 10.12707/RJIII1294.

54

REFERÊNCIAS BIBLIORÁFICAS

- ▶ Brant, J. (2014). Pain. In Yarbro, C, Wujcik, D. & Gobel, B. (Editores). *Cancer Symptom Management* (pp. 69-91). 4ª ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- ▶ Cancer Care Ontario. (2012). *Cancer-related Pain Management. Program in Evidence-based Care Evidence-based Series16-2 Education and Information* 2011. Acedido em 23-06-2017. Disponível em: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=44127>
- ▶ Costa, I., (2017). Neurofisiologia da Dor. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.59-80). Lisboa: Fundação Grunenthal.
- ▶ Diniz, L. & Naves, F. (2017). Dor Crónica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.83-94). Lisboa: Fundação Grunenthal.
- ▶ Direção Geral da Saúde (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Acedido em 10/05/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas/de-sistema-saude-a-a-2/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>

55

REFERÊNCIAS BIBLIORÁFICAS

- ▶ Everdingen, M., Hodstedenbach, L., Joosten, E., Tjan-Heijnen, V. & Janssen, D. (2016). Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51 (6), 1070-1090.e9. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340
- ▶ Faustino, S. (2017). Aspectos Práticos Relacionados com o Controlo da Pessoa com Dor Crónica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.281-300). Lisboa: Fundação Grunenthal.
- ▶ Feldt, K. (2000). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1 (1), 13-21.
- ▶ International Association for The Study of Pain (2011). *Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised). Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Part III Pain Terms*. Acedido em 10-05-2017. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf
- ▶ Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company. ISBN:0-8261-1633-7.

56

REFERÊNCIAS BIBLIORÁFICAS

- ▶ Kolcaba, K. (2010). Comfort Questionnaires - Visual Discomfort Scale Questionnaire. Acedido a 19-09-2017. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>
- ▶ Kwon, J. (2014). Overcoming Barriers in Cancer Pain Management. *Journal of Clinical Nursing*, 32 (16), 1727-1733. DOI: 10.1200/JCO.2013.52.4827
- ▶ Mercadante, S. (2011). The Use of Rapid Onset Opioids for Breakthrough Cancer Pain: The Challenge of its Dosing. *Critical Reviews on Oncology/Hematology*, 80 (3), 460-465. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2010.12.002.
- ▶ Milhomens, R. (2017). Terapêutica Não Farmacológica. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.265-279). Lisboa: Fundação Grunenthal.
- ▶ National Comprehensive Cancer Network. (2018). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Adult Cancer Pain*. Acedido em 06-02-2018. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf

57

REFERÊNCIAS BIBLIORÁFICAS

- ▶ Neufeld, N., Elnahal, S. & Alvarez, R. (2017). Cancer Pain: a Review of Epidemiology, Clinical Quality and Value Impact. *Future Oncology*, 13 (9), 833-841. DOI: 10.2217/fon-2016-0423 Organização Mundial de Saúde, (2017). WHO's Cancer Pain Ladder for Adults. Acedido em 30-05-2017. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos. Série 1. Número 1. Ordem dos Enfermeiros. ISBN:978-972-99646-9-5.
- ▶ Pina, P. (2017b). A Dor Neuropática. Os Fármacos Adjuvantes. A Dor Irregular. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.25-53). Lisboa: Fundação Grunenthal.
- ▶ Pina, P. (2017c). Tratamento Farmacológico da Dor Crónica. Fármacos Não Opióides. Analgésicos Opióides (Doses Fracas). In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.121-152). Lisboa: Fundação Grunenthal.
- ▶ Ritto, C. & Roda, F. (2017). Avaliação da Dor. In Ritto, C. (Coordenador). *Manual de Dor Crónica* (pp.97-118). Lisboa: Fundação Grunenthal.

58

Apêndice 16 – Apresentação do código visual da dor

APRESENTAÇÃO DO CÓDIGO VISUAL DA DOR

O código visual da dor é uma ferramenta desenvolvida pela Grünenthal, empresa farmacêutica com foco na investigação, especializada em dor, gota e inflamação. A ferramenta foi lançada em setembro de 2017, e pretende facilitar a comunicação entre a pessoa e o profissional de saúde, ajudando na identificação dos descritores da dor, complementando assim as escalas de avaliação existentes (Grünenthal, 2017).

A necessidade de desenvolver esta ferramenta surgiu devido às dificuldades existentes na descrição da tipologia da dor por parte da pessoa e na interpretação feita pelo profissional de saúde, dificultando assim o diagnóstico e a adequação dos respetivos cuidados de saúde oferecidos (Grünenthal, 2017). Assim, o código visual da dor apresenta-se sob a forma de 14 cartas onde em duas delas se encontram as escalas numéricas e de faces e, nas restantes 12, imagens e respetivo descritivo, que pretendem representar alguns descritores de dor (Grünenthal, 2017), conforme se observa nas imagens seguintes.

Imagem 1 – Apresentação da embalagem do Código Visual da Dor



(Grünenthal, 2017)

Imagem 2 – Representação das cartas do Código Visual da Dor

 <p>DOR ® Alfinetes</p> <p>Uma dor que se assemelha a dezenas de alfinetes sobre a pele.</p>	 <p>DOR ® Arame farpado</p> <p>Uma dor que se assemelha a pontas aguçadas de arame cravadas na pele.</p>	 <p>DOR ® Beliscão no nervo</p> <p>Uma dor que parece uma forte compressão do nervo.</p>	 <p>DOR ® Choque elétrico</p> <p>Uma dor que se assemelha a descargas elétricas no corpo, contínuas ou espaçadas.</p>
 <p>Dor ® Espasmo agudo</p> <p>Uma dor semelhante à contração involuntária e convulsiva dos músculos.</p>	 <p>Dor ® Facada</p> <p>Uma dor que se assemelha a golpes profundos com uma lâmina.</p>	 <p>Dor ® Ferro em brasa</p> <p>Uma dor superficial e/ou interna em que parece que a pele está a ser queimada por um ferro em brasa.</p>	 <p>Dor ® Formigueiro</p> <p>Uma dor desagradável semelhante à passagem de formigas no corpo, por vezes associada a dormência.</p>
 <p>Dor ® Frio gelado</p> <p>Uma dor que se assemelha a ondas de frio que percorrem a zona afetada.</p>	 <p>Dor ® Dor perfurante</p> <p>Uma dor semelhante a um objeto aguçado que perfura a pele.</p>	 <p>Dor ® Queimadura</p> <p>Uma dor semelhante a ondas de calor que irradiam sobre e sob a pele.</p>	 <p>Dor ® Rastejar sobre a pele</p> <p>Uma dor semelhante a uma sensação de insetos a rastejar sob ou sobre a pele.</p>

(Grünenthal, 2017)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Grünenthal (2017). *Código Visual da Dor*. Acedido a 10-12-2017. Disponível em:

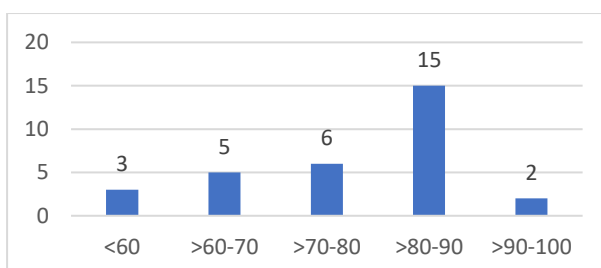
<https://www.dor.com.pt/codigo-da-dor/todos/pagina>

**Apêndice 17 – Apresentação e tratamento dos resultados da auditoria
após a implementação do projeto de intervenção**

APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DOS RESULTADOS DA AUDITORIA APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

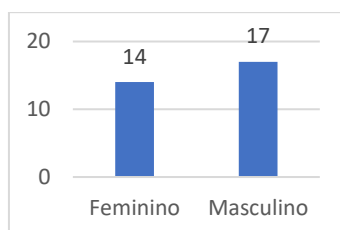
Os dados a seguir apresentados são o resultado auditoria efetuada após a implementação do projeto de intervenção, de forma a validar a eficácia da mesma. Estes dados das foram tratados em programa excel, com estatística descritiva. As tabelas 1, 2 e 3, mostram os dados recolhidos nos turnos da manhã, tarde e noite, respetivamente.

Gráfico 1 – Distribuição das pessoas por faixa etária.



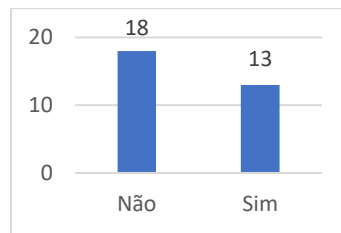
Das 31 pessoas internadas no segundo momento de auditoria 23 (74,2%) têm idade superior a 70 anos conforme representado no Gráfico 1. A média de idade é de 77 anos.

Gráfico 2 – Distribuição das pessoas internadas por sexo



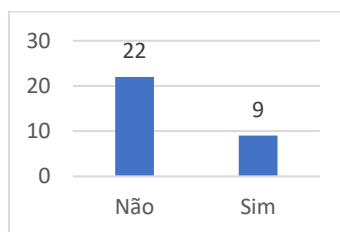
Relativamente ao gênero, conforme se verifica no gráfico 2, são os homens que estão em maior número 17 (54,8%), sendo as restantes 14 do sexo feminino.

Gráfico 3 – Distribuição das pessoas internada por diagnóstico oncológico, ou não



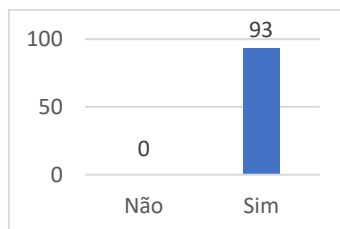
Tal como se verifica no gráfico 3, são 13 (41,9%) as pessoas internadas com diagnóstico oncológico.

Gráfico 4 – Distribuição das pessoas pela capacidade ou não de autoavaliação da dor



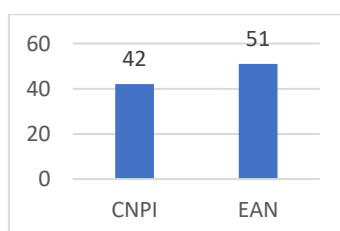
No gráfico 4 mostra-se que só 9 (29%) pessoas têm capacidade cognitiva para autoavaliar a sua dor.

Gráfico 5 – Registo do instrumento utilizado



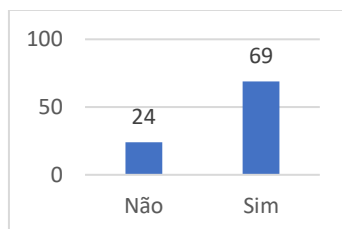
No gráfico 5 verifica-se que todos os registos de enfermagem tinham identificado o instrumento utilizado para avaliar da dor.

Gráfico 6 – Instrumento de avaliação utilizado



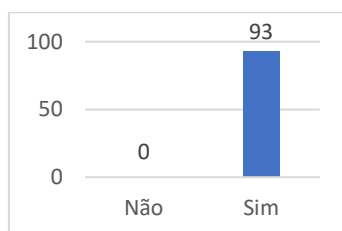
O gráfico 6 mostra que em 51 (54,8%) avaliações foi utilizada a EAN para avaliação da intensidade da dor, a CNPI que foi aplicada 42 vezes.

Gráfico 7 – Seleção adequada do instrumento de avaliação em cada um dos turnos



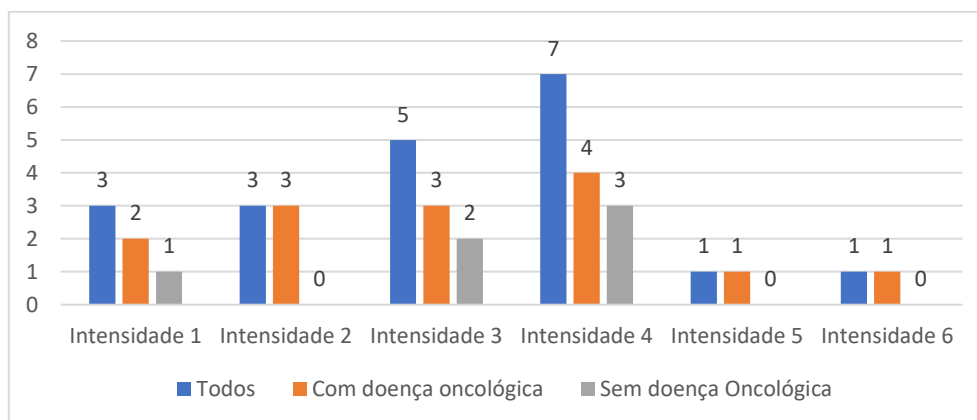
No gráfico 7 verifica-se que em 69 (74,2%) das situações se selecionou a escala adequada às condições de avaliação da pessoa internada.

Gráfico 8 - Registo da intensidade da dor em todos os turnos



Pelo gráfico 8 observa-se que na totalidade dos registos, existe a avaliação da intensidade da dor, pelo menos uma vez por turno.

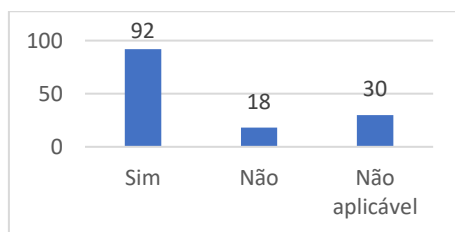
Gráfico 9 – Distribuição da intensidade da dor



E pelo gráfico 9 tomamos conhecimento que em 20 (21%) dos registos a dor foi superior a 0, com intensidades variáveis entre 1 e 6. Da totalidade dos episódios, 14 (70%) ocorreram em pessoas com doença oncológica. Os registos de intensidades mais elevadas foram verificadas exclusivamente nas pessoas com essa doença.

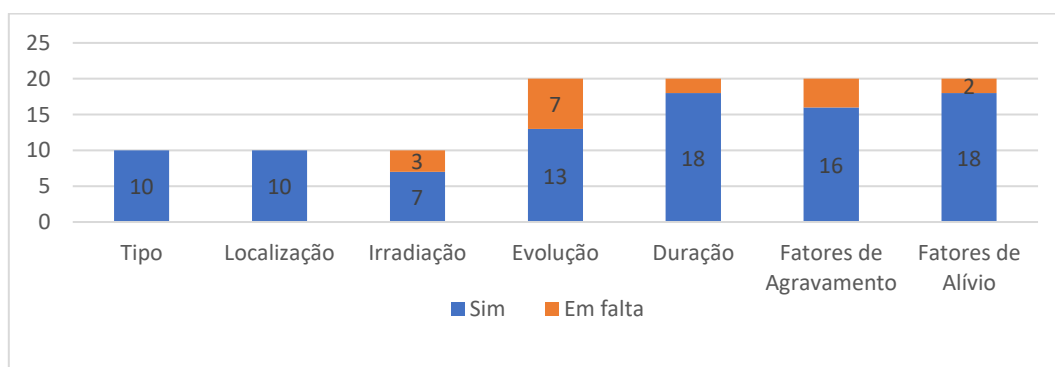
Relativamente ao registo das características da dor, foram auditadas 7 características (tipo, localização, presença ou não de irradiação, duração, frequência, fatores de alívio e fatores de agravamento), nos 20 episódios de dor observados, o que equivale à totalidade de 140 características a auditar.

Gráfico 10 – Registo das características da dor



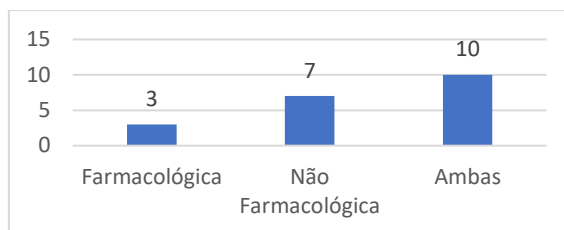
No gráfico 10 podemos verificar o registo de 92 destas características, sendo que das restantes, 18 não foram registadas e 30 não eram aplicáveis à condição da pessoa. Tendo em conta o número de características em que o registo não era aplicável, este registo teve uma conformidade de 83,6%.

Gráfico 11 – Distribuição das características da dor registadas



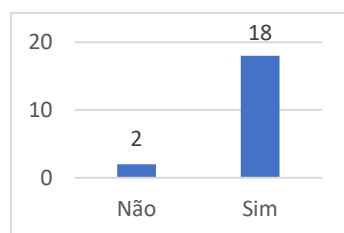
Pela leitura do gráfico 11 percebemos que a dor dos 20 episódios ocorridos foi avaliada em todas as características, exceto a irradiação em 3 situações, a evolução em 7 situações, a duração em 1 situação, os fatores de agravamento em 4 situações e os fatores de alívio em 2 situações.

Gráfico 12 – Tipo de intervenção realizada



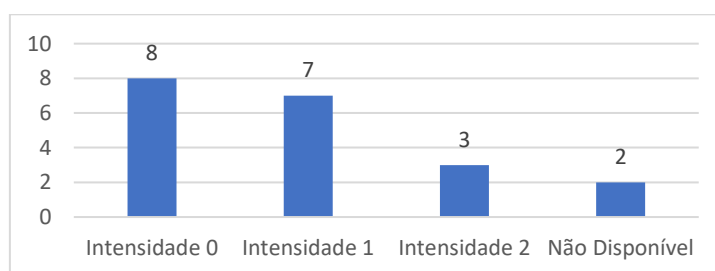
No gráfico 12 podemos ver que todos os episódios identificados resultaram em intervenções, sendo que em 10 situações (50%) foram realizadas ambas as intervenções, farmacológica e não farmacológica, em 7 apenas se utilizaram intervenções não farmacológicas e em 3 foram as intervenções farmacológicas usadas exclusivamente.

Gráfico 13 – Avaliação da intervenção realizada.



O gráfico 13 mostra que em 18 (90%) das situações se avaliou o efeito na dor da intervenção farmacológica realizada.

Gráfico 14 – Intensidade da dor após intervenção.



No gráfico 14 observamos que os valores da intensidade de dor se encontram entre 0 e 2.

Quadro 1 – Resultado dos indicadores após a implementação do projeto de intervenção.

Indicador		Resultado
Indicador 1	Taxa de registo contínuo da avaliação da intensidade da dor	100%
Indicador 2	Taxa de conformidade na seleção adequada da escala	90%
Indicador 3	Taxa de registo das intervenções desenvolvidas em função da intensidade da dor	100%
Indicador 4	Taxa de registo da avaliação das intervenções desenvolvidas	90%

No quadro 1 verificamos que os indicadores 1 e 3 apresentam taxas de conformidade de 100% e os indicadores 2 e 4 apresentam taxas de conformidade de 90%.

Tabela 1 – Matriz dos Resultados da Auditoria Após a Implementação do Projeto de Intervenção – Turno da Manhã

[illegible]

Tabela 2 – Matriz dos Resultados da Auditoria Após a Implementação do Projeto de Intervenção – Turno da Tarde

[illegible]

Tabela 3 – Matriz dos Resultados da Auditoria Após a Implementação do Projeto de Intervenção – Turno da Noite

[illegible]